

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2016

Vendula Nosková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství 5341

Vendula Nosková

Studijní obor: Všeobecná sestra

**PROBLEMATIKA REHABILITAČNÍHO
OŠETŘOVATELSTVÍ U SPINÁLNÍCH KLIENTŮ**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lukáš Ryba

PLZEŇ 2016

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31.3.2016

.....
vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji panu Mgr. Lukáši Rybovi za odborné vedení práce a poskytování cenných odborných rad, podnětů a materiálních podkladů. Děkuji také za jeho velkou podporu v průběhu tvorby celé bakalářské práce. Dále děkuji i paní Zdeňce Faltýnkové za její podporu a umožnění provedení rozhovorů s pacienty. Zároveň chci poděkovat všem čtyřem respondentům za jejich účast v mém výzkumném šetření. Nakonec bych ráda poděkovala svým nejbližším, kteří mě podporovali jak v psaní mé bakalářské práce, tak i v průběhu celého studia, kdy to pro mě bylo někdy velmi náročné.

Anotace

Příjmení a jméno: Nosková Vendula

Katedra: Ošetrovatelství

Název práce: Problematika rehabilitačního ošetrovatelství u spinálních klientů

Vedoucí práce: Mgr. Lukáš Ryba

Počet stran-číslované: 141

Počet stran-nečíslované: 5

Počet příloh: 11

Počet titulů použité literatury: 37

Klíčová slova: míšní poškození - paraplegie - spinální jednotka – ošetrovatelská péče - rehabilitace

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zaměřuje na problematiku rehabilitačního ošetrovatelství u spinálních klientů. Zabývám se obecnými funkcemi míchy, následně poškozením míchy a vznikem zdravotních důsledků u pacientů po míšním poškození, dále se věnuji celkovému léčebnému programu a zároveň také úpravami domácího prostředí pacientů. Zaměřuji se především na analýzu ošetrovatelského procesu včetně zpracování kazuistik u každého respondenta. Součástí je i analýza potřeb všech pacientů a jejich následné porovnání a vyhodnocení podle Modelu dvanácti funkčních vzorců zdraví podle Marjory Gordon. Dalším cílem je zjištění úrovně poskytované rehabilitační ošetrovatelské péče ze strany zdravotnických pracovníků a s tím související navržení možných řešení ve změnách této poskytované péče. Nakonec vytvořím brožurku na základě všech získaných informací v průběhu celého mého výzkumného šetření, která bude sloužit jako opora pro pacienty po míšním poranění a zároveň i jako přehled nejdůležitějších informací pro laickou veřejnost.

Annotation

Surname and name: Nosková Vendula

Department: Nursing care

Title of thesis: The issue of rehabilitation nursing in spinal clients

Consultant: Mgr. Lukáš Ryba

Number of pages-numbered: 141

Number of pages-unnumbered: 5

Number of appendices: 11

Number of literature items used: 37

Keywords: spinal damage - paraplegia - spinal-unit - nursing care - rehabilitation

Summary:

This thesis focuses on the issue of rehabilitation nursing for spinal clients. I deal with general functions of the spinal cord, followed by spinal cord injury and the emergence of health consequences in patients after spinal cord damage, and also depicts the overall therapeutic program while also editing the home environment of patients. The focus is mainly on the analysis of the nursing process including the preparation of case studies for each respondent. It also includes analysis of the needs of patients and their subsequent comparison and evaluation by the Model Twelve functional health patterns by Marjory Gordon. Another objective is to determine the level provided rehabilitative nursing care by health workers and related to proposing possible solutions in the changes of the care provided. Finally, I create a pamphlet on the basis of information gained throughout my research, which will serve as a support for patients after spinal cord injury as well as an overview of the most important information for the general public.

OBSAH

1	ÚVOD	7
	TEORETICKÁ ČÁST	9
2	Základní pojmy	9
3	Mícha a její stupně funkčního poškození v krční oblasti	11
3.1	Míšní segment	11
3.2	Dělení poškození míchy podle výšky poškozeného segmentu	12
4	Skupiny/stupně postižení	13
4.1	Poškození míchy	14
4.2	Míšní šok	14
4.3	Rekce u člověka po poškození míchy	15
4.4	Zvládání následků míšní léze	15
5	Průběh léčby na spinální jednotce v ČR	17
5.1	Průběh vyšetření spinálního pacienta	18
6	Zdravotní důsledky a komplikace poškození míchy v krční oblasti	20
6.1	Zdravotní důsledky v jednotlivých systémech v těle	20
6.2	Možné komplikace	30
6.3	Bolest a její léčba	38
7	Rehabilitace, Rehabilitační ošetřovatelství	39
7.1	Léčebná rehabilitace	39
7.2	Léčebný rehabilitační pobyt na spinální jednotce	39
7.3	Funkční ruka	40
7.3.1	Aktivní funkční ruka	41
7.3.2	Pasivní funkční ruka	41
7.4	Šlachové transfery	42
7.5	Komunikační dovednosti	42

7.6	Používání mechanického vozíku.....	43
7.7	Propulzní vzor.....	43
7.8	Nácvik autokatetrizace.....	44
7.9	Rehabilitační ošetřovatelství.....	45
7.10	Fyzioterapie.....	45
7.11	Ergoterapie.....	45
7.12	Fyzioterapeut a ergoterapeut.....	46
7.13	Sociální rehabilitace.....	46
7.14	Psychologická péče.....	47
7.15	Následná rehabilitace.....	47
8	Změny a úpravy v domácím prostředí.....	50
8.1	Kompenzační a technické pomůcky.....	51
8.2	Ortopedický vozík.....	51
8.3	Antidekubitní sedací polštáře.....	51
8.4	Pomůcky v domácnosti.....	52
	PRAKTICKÁ ČÁST.....	54
9	Formulace problému.....	54
10	Cíl výzkumu.....	54
10.1	Dílčí cíle.....	54
11	Operacionalizace pojmů.....	55
12	Výzkumné otázky.....	55
13	Druh výzkumu a výběr metodiky.....	56
14	Metoda.....	56
15	Výběr případu.....	56
16	Způsob získávání informací.....	56
17	Organizace výzkumu.....	57

18	Rozhovory s pacienty.....	59
18.1	Pacient 1.....	59
18.2	Pacient 2.....	63
18.3	Pacientka 3.....	69
18.4	Pacientka 4.....	76
19	Výsledky z pozorování nonverbálních projevů.....	84
19.1	Pacient 1.....	84
19.2	Pacient 2.....	84
19.3	Pacientka 3.....	85
19.4	Pacientka 4.....	85
20	Zpracování ošetrovatelských modelů podle 12 funkčních vzorců zdraví Marjory Gordonové.....	86
20.1	Pacient 1.....	86
20.2	Pacient 2.....	88
20.3	Pacientka 3.....	90
20.4	Pacientka 4.....	92
21	Sestavení edukačních plánů.....	95
21.1	Pacient 1.....	95
21.2	Pacient 2.....	97
21.3	Pacientka 3.....	99
21.4	Pacientka 4.....	101
22	DISKUSE.....	104
23	ZÁVĚR.....	111
	SEZNAM ZDROJŮ.....	114
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	118
	SEZNAM PŘÍLOH.....	119
	Příloha č. 1.....	120

Příloha č. 2	121
Příloha č. 3	125
Příloha č. 4	129
Příloha č. 5	138
Příloha č. 6	139
Příloha č. 7	139
Příloha č. 8	140
Příloha č. 9	140
Příloha č. 10	141
Příloha č. 11	141

1 ÚVOD

Poškození míchy a páteře se stává čím dál častější. Někteří lidé si ani neuvědomují, jak snadno se dá mícha porušit. Míšní poškození je vždy doprovázeno poruchou citlivosti a hybnosti. Zároveň dochází k poruše autonomních funkcí. Míšní léze může být způsobena jak úrazovým dějem, tak neúrazovým dějem. Jednou ze situací úrazového děje je autonehoda. Mezi neúrazové děje se řadí nádorové, cévní, zánětlivé a degenerativní onemocnění. Jednou ze situací je náhle vzniklá porucha míchy na základě genetické mutace, která se vyskytuje v dané rodině. Nikdo z rodiny nemusí mít tušení o výskytu této mutace, která může způsobit ischemii míchy a dotyčný člověk do tří dnů přestane ovládat své tělo.

Podle míšního segmentu je určena výška poškození míchy. Výšku poranění míchy určují tzv. klíčové svaly a dále i poruchy hybnosti. Rozeznáváme 4 stupně poškození páteře. Čím výše je mícha poškozena, tím je pacient schopen menšího rozsahu pohybu. Pacienti, kteří mají poškozenou míchu v oblasti hrudní nebo bederní páteře jsou schopni pohybovat skoro s celou horní polovinou těla. Od vzniklé míšní léze prochází lidské tělo velkými změnami ve svém fungování. Mezi nejčastější důsledky zařazujeme poruchy mikce, sexuální dysfunkci, poruchu vyprazdňování stolice, vegetativní kolapsy, poruchy termoregulace, autonomní dysreflexii, spasticitu a další problémy, které trápí plegické pacienty.

Po úrazovém poškození páteře jsou pacienti převezeni do úrazových oddělení, kde se na léčbě podílejí nejen chirurgové, ale i ortopedi a neurochirurgové. Všechny tyto tři obory projevíly zájem o založení společných standardů, proto v roce 1999 byla založena Česká spondylochirurgická společnost. Vedení této společnosti tvořili reprezentanti z výše zmíněných oborů. V roce 2001 vydalo MZ ČR Metodické opatření, které ustanovilo síť traumacenter včetně jejich spádových území. Cílem tohoto opatření byla léčba úrazů páteře podle doporučených směrnic a zároveň také podle nejmodernějších zásad. Na určených neurochirurgických pracovištích se podařilo snížit úmrtnost pacientů z 80% na 20%. Upustilo se v organizování uceleného léčení míšních úrazů a v roce 1992 byla otevřena první spinální jednotka v Brně. V roce 1993 byl vytvořen spinální program pro ČR, který byl součástí Národního plánu opatření pro snížení zdravotních důsledků u plegických pacientů. Na spinálních jednotkách probíhá komplexní ošetrovatelská, lékařská,

rehabilitační a zároveň i psychologická péče. Na začátku 21. století byly zřízeny další spinální jednotky v Ostravě, Liberci a v Praze.

Svou bakalářskou práci jsem zaměřila na téma: „Problematika rehabilitačního ošetřovatelství u spinálních klientů.“ Téma jsem zvolila v souvislosti po zhlédnutí filmu Nedotknutelní, který byl pro mne velkou inspirací a zároveň i osobním rozhodnutím k tomu, abych veřejnost edukovala o náročnosti péče o plegické pacienty a dále i o problémech a zdravotních důsledcích, které pacienty v průběhu celého léčebného režimu doprovází. Informovanost laické veřejnosti není dostačující, k míšní lézi dochází velmi snadno a může postihnout kohokoli. V této souvislosti by má bakalářská práce měla být i takovým zamyšlením každého kdo si ji přečte, aby u nikoho nedošlo k poškození míchy důsledkem různého hazardování nebo podceňování nebezpečných situací.

Hlavním cílem mé bakalářské práce je zpracování rehabilitační ošetřovatelské péče o pacienty s míšní lézí a následně analýza její úrovně. Dalšími mými cíli je zpracování kazuistik se čtyřmi plegickými pacienty, zjistit úroveň poskytování odborné péče ze strany zdravotnického personálu, popřípadě navrhnout nějaká řešení ve změnách v poskytování péče o tyto pacienty v odborných zařízeních. Pro své výzkumné šetření jsem zvolila kvalitativní metodu sběru dat, které probíhalo v podobě polostrukturovaných rozhovorů s pacienty, kdy jsem kladla potřebné otázky podle vlastní navržené osnovy. Výběr pacientů byl záměrný, oslovila jsem pacienty, kteří prošli léčbou ve spinální jednotce a pacienty, kteří byli léčeni na spondylochirurgických pracovištích v době, kdy nebyly spinální jednotky otevřeny. Informace z rozhovorů mi umožnily porovnat léčbu na spinální jednotce s léčbou na ortopedii, chirurgii a jiných odděleních, kde zdravotnický personál neměl odbornou způsobilost, jak o tyto pacienty pečovat. Výstupem do praxe bude vytvoření brožury, kde budou shrnuty nejdůležitější věci týkající se celkové ošetřovatelské péče o plegické pacienty.

TEORETICKÁ ČÁST

2 Základní pojmy

Paréza: částečné snížení poruchy hybnosti.

Plegie: úplná porucha hybnosti.

Centrální spastická paréza (plegie): vzniká na základě poruchy 1. motoneuronu. Z tohoto důvodu dochází k poruše hybnosti, ke zvýšení svalového tonu (spasticitě), ke zvýšeným reflexům (hyperreflexii). Kožní exteroceptivní reflexy jsou sniženy či úplně chybějí.

Periferní (chabá) paréza (plegie): vzniká v souvislosti s postižením 2. motoneuronu. Zde dochází k poruše volní hybnost a zároveň ke snížení svalového tonu (hypotonii) a také ke snížení až úplné absenci šlachových reflexů (hypo- až areflexii). Kožní exteroceptivní reflexy jsou i při této poruše sniženy či úplně chybějí. Dochází ke svalové hypotrofii až k atrofii svalstva. Tyto poruchy jsou časné a rozsáhlé jak ve své funkci, tak i v trofice.

Smíšená paréza (plegie): vznikne poškozením obou motoneuronů. I v tomto případě je přítomna porucha volní hybnosti včetně zvýšených šlachových reflexů a časné svalové hypotrofie. V případě smíšené parézy či plegie jsou ve svalech přítomny fascikulace a fibrilace.

Paraplegie-paraplegik: jedná se o transverzální kompletní míšní lézi, což znamená motorické i senzitivní ochrnutí pod segmentem C8. Tento výraz se používá i všeobecně pro klinický obraz poraněné míchy.

Paraparéza: značí nekompletní poranění míchy, které je pod segmentem C8.

Tetraplegie: je termín používaný v případě, kdy dojde k postižení všech čtyř končetin, znamená tedy úplné přerušení krční míchy nad segmentem Th1. Zbývající funkce ruky jsou závislé na výšce poraněného segmentu C5-C8. Synonymem tohoto slova je výraz kvadruplegie.

Tetraparéza: vyjadřuje případ postižení všech čtyř končetin a zároveň inkompletní postižení krční míchy, kdy část její funkce pod úrovní postižení je zachována. I zde se používá jiný název a to kvadruparéza.

Pentaplegie: tady se jedná o vysoké přerušení krční míchy nad segmentem C4. V tomto případě dochází i k poškození bráničního nervu, který je ochrnutý.

Spinální jednotka: slovo pochází z latiny od slova „medulla spinalis“ neboli mícha. Jedná se o oddělení pro míšní poranění. V angličtině se používá výraz „Spine Injury Unit.“

3 Mícha a její stupně funkčního poškození v krční oblasti

Průběh míchy je v páteřním kanálu, který je tvořen otvory jednotlivých obratlů. Pokračuje směrem dolů na prodlouženou míchu v mozku, dále oblastí krčních obratlů a končí na úrovni druhého bederního obratle. Neprobíhá tedy celou délkou páteřního kanálu.

Páteř je složena ze sedmi krčních, dvanácti hrudních, pěti bederních, pěti křížových obratlů srostlých v kost křížovou a čtyř až pěti obratlů kostrčních. Páteřní kanál tvoří tělo a oblouk obratlů, tudý proudí mícha. Možnost k pohybu má každý z obratlů, ovšem nadměrný pohyb nejsou schopny vykonat. Brání tomu tvar obratlů a silné svaly a vazy, které najdeme podél páteře a které jsou zároveň i ochranou pro míchu. Mezi obratli se nachází meziobratlové otvory, kudy prochází z míchy kořeny míšních nervů. Jejich vlákna, se vzájemným spojením, vytvoří periferní nervy. Ty obsahují motorická vlákna, která řídí činnost svalů a senzitivní vlákna, jejichž úkolem je vedení informací o tom, co cítíme (dotykové vjemy, tlakové vjemy a vjemy o bolesti). Vjemy jsou vedeny do mozku, kde dochází k jejich zpracování. Třetím typem vláken jsou vlákna vegetativní, tato vlákna slouží k ovlivňování činnosti srdce a dalších vnitřních orgánů či žláz. (1, 3, 5, 7, 9, 10, 11, 13, 17, 19, 22, 25)

3.1 Míšní segment

Míšní segment je část míchy, ze které vystupují vlákna jednoho z kořene. Míšní segment je párový a dělíme ho pro levou a pravou polovinu těla. Jeho označení je podobné jako u obratlů v podobě velkých písmen. První kořen odstupuje ještě nad první krční obratel, a proto má krční mícha 8 míšních segmentů. Výška poškození u lidí je určována pomocí právě míšních segmentů a zároveň se stanovuje podle síly tzv. klíčových svalů (hlavních svalů vykonávajících pohyb v určitých kloubech končetin). Pokud se jedná o poruchy citlivosti, jde o míšní lézi ve výšce např. C6. V případě poruchy míšní léze mezi dvěma segmenty, se značí tento problém lomítkem, například C5/C6. Jak už bylo řečeno, jde o párové míšní segmenty, které inervují jak pravou stranu těla, tak i levou. Pravé inervují pravou polovinu a levé zase levou polovinu těla. Poškození míšních segmentů může být nesouměrné, to znamená, že poruchy hybnosti na pravé a levé polovině těla jsou rozdílné. Lze říci, že mícha vede informace z periferie (z čidel na kůži, ze svalů, kloubů a vnitřních orgánů) do mozku a zároveň i opačným směrem. V míše jsou také uložena

ústředí různých důležitých funkcí např. pro močení a sexuální funkce. (1, 3, 5, 8, 9, 11, 13, 20)

3.2 Dělení poškození míchy podle výšky poškozeného segmentu

Rozeznáváme paraplegii a tetraplegii. Podle zachované inervace klíčových svalů a svalů provádějících pohyby v určitých kloubech horních končetin, dělíme poškození míchy do 4 stupňů. K vysoké tetraplegii (poškození ve výši C4) přidáváme podle dělení paní Faltýnkové (1) z funkčního hlediska také pentaplegiky, kteří mají zároveň poškozenou i bránici. Jejich potřeby péče a kompenzačních pomůcek jsou srovnatelné s tetraplegiky. Lidé s poškozenou bránicí potřebují částečnou nebo trvalou umělou plicní ventilaci a další nutné pomůcky jako např. plicní ventilátor. Rozhodujícím faktorem k osvojení dovedností pro soběstačnost pacientů je dosažený stupeň stability při sedu i využívání funkcí, které zůstaly zachované na horních končetinách. Tímto se snižuje nutná potřeba asistence někoho dalšího. Stupeň stability závisí nejen na výšce poškozeného segmentu, ale také na dalších faktorech jako jsou přidružená poranění, věk, fyzická konstituce i motivace a schopnosti učení se něčemu novému.

K lepší orientaci rozdělím stupně postižení podle schopnosti pacientů vykonávat určité činnosti, které samostatně zvládnou a i ty, ke kterým potřebují buď nějakou pomůcku, nebo pomoc od asistenta. (1, 2, 3, 7, 11, 21, 23)

4 Skupiny/stupně postižení

Stupeň 1

Poškozen je segment v oblasti C1-C3, C4 až C4/5. Pacient není schopen sezení bez opory zad, potřebuje stabilizovat trup pomocí opěrky zad, která by měla být anatomicky tvarovaná. Asistent je v některých úkonech stálou oporou pro pacienta. Pacienti mohou mít zachovaný aktivní pohyb ramen jen k uším, ale jen minimálně funkčně využitelný. (1, 2, 3, 8, 9, 11, 23)

Stupeň 2

Poškození v oblasti segmentů C5 a rozhraní mezi C5/6. Schopnost sezení pouze v případě opření o natažené a zevně rotované paže s uzamčenými lokty. Pacient není schopen zvednout ani jednu z končetin, ani udržet rovnováhu. Přítomnost asistenta je nutná v případě samostatného sezení pacienta. Asistent by měl zakročít v situaci, kdy pacient ztratí stabilitu. U pacientů tohoto stupně postižení je zachována schopnost aktivní hybnosti ramenního kloubu a funkční ohnutí lokte. Klíčový sval je zde m. biceps brachii, který může mít malou sílu při zvedání zápěstí. S pomocí funkčních ortéz a kompenzačních pomůcek lze cvičit u pacientů pasivní funkční úchop. (1, 2, 3, 8, 9, 11, 23)

Stupeň 3

Poškození obratlů C6, C6/7. Pacient už je schopný sedět opřený o natažené paže s opět uzamčenými lokty. Také je schopen zvednout jednu paži nad úroveň ramen a dokáže dělat malé pohyby pro vyrovnávání rovnováhy. I v tomto případě je nutná přítomnost asistenta pro případnou záchranu. Tito pacienti mají zachovalou plnou aktivní hybnost ramenních kloubů a ohýbačů loktů. Klíčový sval je zde m. extenzor carpi radialis, který má slabou sílu natahovače lokte. Pacienti mohou postupem času vycvičit aktivní funkční úchop-tzv. tetraplegickou funkční ruku, která jim pomůže v mnoha činnostech. (1, 2, 3, 8, 9, 11, 23)

Stupeň 4

Poškození na úrovních C7, C7/8. Pacienti jsou schopni sezení i bez opory paží. Zároveň jsou schopni zvednout jednu paži až nad hlavu a také s ní pohybovat, druhou paží se opírají o podložku. Pacienti se dokáží předklonit vsedě a pomocí natahovačů loktů se opět narovnat. Klíčový sval je m. triceps brachii. Přítomnost asistenta je potřeba nejvíce

v počátcích, kdy pacienti nacvičují různé aktivity. U pacientů je zachována plná hybnost loketního kloubu a zápěstí. V zápěstí může být zachována různá kvalita úchopové funkce ruky. To pacientům pomůže při nácvičování jemné motoriky, kterou budou využívat každodenně při mnoha činnostech. (1, 2, 3, 8, 9, 11, 23)

4.1 Poškození míchy

Nejčastěji dojde k poškození páteře z důvodu úrazu, ale i neúrazovými ději, například při nádorovém, cévním či degenerativním a zánětlivém onemocnění. V okamžiku, kdy došlo k poškození, není postižený schopen dostávat informace o citlivosti pod míšní lézi. Ani rozkazy, vycházející z mozku vedoucí do končetin, neprojdou přes poškozenou míchu, jsou proto nehybné a postižený je nemusí ani cítit. Každé z poranění míchy má za následek různé poruchy funkce míchy a dochází k důsledkům, které jsou závislé na výšce a rozsahu poranění míchy. (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 11, 21, 23)

Paraparéza vzniká v souvislosti s částečnou ztrátou hybnosti dolních končetin a paraplegie v případě úplné ztráty hybnosti v dolních končetinách. Pakliže dojde k poranění krční páteře, vznikne zároveň i porucha hybnosti horních končetin a z tohoto důvodu způsobí tetraparézu či tetraplegii. Ať už ve větší či menší míře, dojde k poruše funkce vyprazdňování a močení. Jestliže je zachována některá z forem citlivosti nebo jsou nějaké pohyby ovládnuty vůlí, mluvíme o částečném poškození míchy. V opačném případě, kdy člověk ztratil veškeré citlivosti a pohyby ovládané vůlí, je poškození míchy úplné (transverzální míšní léze). (1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 21)

4.2 Míšní šok

Vzniká v souvislosti s náhlým přerušením míchy. Jedná se o stav, kdy mícha není schopna vykonávat svojí reflexní činnost. Nastává bezvládnost končetin, chybí citlivost na doteky, teplo, chlad a bolest. Pacient nemůže vnímat polohu končetin (viz kapitola „Poškození míchy“). Dochází k poruše reflexní činnosti močového měchýře a také nastávají změny v činnosti střev. I kůže je více náchylná k různým otlakům a vznikům proleženin (viz kapitola „Dekubity“). Tyto problémy trvají okolo 4-8 týdnů, poté se postupně vrací reflexní činnost míchy. V případě tetraplegie se zvýší svalový tonus a objeví se i spasticita (viz kapitola „Spasticita“). Spasmy končetin a trupu mají vliv na dýchání a stabilitu těla pacienta. Pokud se do 3-4 měsíců po poškození neobjeví žádné

známky aktivní hybnosti pod úrovní léze, nemůžeme očekávat už žádnou významnou obnovu v pohybech. (1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10)

4.3 Reakce u člověka po poškození míchy

Reakce jsou u každého jedince trochu odlišné. Přesto lze popsat pocity, které jsou pro většinu spinálních pacientů společné. Mezi nejčastější patří hněv, lítost, strach a deprese. Nejsou schopni uvěřit tomu, co se jim stalo. Jde o normální reakce na určité prožité trauma. Stupně intenzity u již popsanych pocitů se časem snižují. Pacienti pomalu začnou přijímat to, co se stalo, budou získávat opět kontrolu nad svým tělem a postupem času se naučí žít s míšním poškozením mezi ostatními lidmi. (1, 2, 3)

4.4 Zvládání následků míšní léze

Úkolem zdravotníků u pacientů s tímto poškozením je určitý přístup k jednání s těmito lidmi. Základem všeho je informovanost pacientů o jejich stavu a o míšním poškození. Je třeba je ujistit, že vnímání negativních emocí je normální. Další důležitou součástí je mluvení s druhými o svých prožívaných pocitech, ať už se zdravotníky, rodinou a známými nebo s lidmi, kteří také prožili míšní poranění. Je důležité upřímně vyjadřovat své pocity a sdělovat i své obavy.

Pacienti by měli zůstat aktivní jak fyzicky, tak i mentálně, nadále dělat své oblíbené věci a nebát se zkusit věci nové. A to nejdůležitější je jejich rozhodnutí pokračovat v životě, který bude hodně odlišný po poškození míchy. Naučit se porozumění svým pocitům a jejich zvládání je stejně důležité jako osvojení nových pohybů v rámci rehabilitace nebo celková léčba jejich stavu. (1, 2, 3)

Povinností zdravotníků je i sdělit pacientům různé následky související s poškozením míchy. Potřebná je velká rodinná opora. Jejich obavou je strach o své zázemí a také to, že na svou situaci jsou sami. Pacienti potřebují vědět, že mohou i v jejich stavu žít plnohodnotně, že budou moct chodit do práce, mít rodinu i sportovat. Postupně se učí zjišťovat, co jsou a co nejsou schopni zvládnout sami. Zvládnout citovou a emoční reakci po poškození míchy je možné v případě, kdy si dotyčný sáhne až na dno veškerých svých sil a zjistí, že našel nové cíle, kterých by chtěl dosáhnout. Bude ho to velice motivovat. Aby tak mohl učinit, bude muset být velmi trpělivý, je zapotřebí spousta času, za který se

mu mnohé podaří. Délka trvání v osvojení nových dovedností a emoční stability je u každého pacienta odlišná. (1, 2, 5)

5 Průběh léčby na spinální jednotce v ČR

Spinální program byl vytvořen v České republice pro zajišťování kontinuální a komplexní péče o pacienty po poranění míchy. Vývoj tohoto programu trval několik desetiletí a předcházela mu odborná jednání společností Ministerstva zdravotnictví, pojišťoven i zdravotnických zařízení. Cílem těchto jednotek je léčba pacientů s míšním poraněním, kdy se snaží minimalizovat následky neurologického postižení a zároveň se snaží navrátit maximální pohybové a jiné funkce organismu. Jde o trénink nových a náhradních pohybových vzorců s využitím zbylého funkčního potenciálu a využitím pomůcek, díky nimž je pacientovi postupem času umožněno dosáhnout soběstačnosti. (1)

V ČR má spinální program poměrně krátkou historii. Na komplexní a kvalitní péči o pacienty se podílel z velké části Svaz paraplegiků, dnes Česká asociace paraplegiků-CZEPA. První spinální jednotka vznikla v roce 1992 v Brně pod vedením prof. Petera Wedscheho. Podle vzoru této jednotky v letech 2003-2004 vznikaly další spinální jednotky v Liberci, Ostravě a Praze. Všechny zmíněné jednotky jsou na velmi vysoké odborné úrovni v souvislosti s jejich technickým vybavením a vyškoleným personálem. Tato síť pracovišť byla stanovena Ministerstvem zdravotnictví z důvodu časového rozdělení péče o spinální pacienty. Pro stádium 1a neboli akutní stádium je péče soustředěna na spondylochirurgických pracovištích. Zde probíhá léčba pacientů v 1. a 2. týdnu po poranění. Zároveň se zde provádí urgentní operační výkony, které jsou zaměřeny na míšní dekompresi a stabilizaci páteře. Jestliže je pacient kardiopulmonálně kompenzován, je převezen do spinální jednotky. Klinický stav pacientů určuje délku pobytu na jednotlivých pracovištích. Pro stádium 2a neboli subakutní fázi po poranění jsou zřízena pracoviště například v Liberci, Brně, Ostravě nebo v Praze v Motole. Tady probíhá komplexní ošetrovatelská, lékařská, psychologická a zároveň i rehabilitační péče o pacienty v rozmezí 3. a 12. týdne po poranění míchy. Toto období je rizikové vznikem různých zdravotních komplikací (viz „Zdravotní důsledky a komplikace poškození míchy v krční oblasti“), které je nutno ihned řešit pomocí správné medikace a také například alternativními režimy močení a vyprazdňování. Důležitou roli zde hraje fyzioterapie s ergoterapií. Na rehabilitační spinální jednotku je pacient převážen po 2-3 měsících. V tomto ústavu nadále pokračuje v rehabilitaci dalších 4-5 měsíců. Tato zařízení nalezneme například

v Kladrubech, Hrabyni nebo v Košumberku. Jsou vhodná pro pacienty v chronické fázi po poranění. (1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 19, 24)

Je důležité pacienty připravit na návrat do domácího prostředí, k tomu je nutné u pacientů zajistit co nejvyšší možné úroveň soběstačnosti. Po propuštění z těchto ústavů jsou pacienti v péči svých praktických lékařů, urologů, gynekologů, neurologů a zároveň i v ambulantní péči své spinální jednotky, v které byli léčeni. Tento systém je nastaven z důvodu možných komplikací, které by se mohly projevit v průběhu celého života jedince. Díky pracovníkům na spinálních jednotkách tzv. paraplegiologům lze tyto problémy rychle diagnostikovat a léčit. Mezi nejčastější patří autonomní dysreflexie, neuropatická bolest, dekubity, spasticita, urologické problémy a další (viz kapitola „Zdravotní důsledky a komplikace poškození míchy v krční oblasti“). Důležitou součástí je i sociální a pracovní rehabilitace.

Existují různé neziskové organizace, které nabízí sociální služby, poradenství, osobní asistenci, půjčování pomůcek apod. Cílem všech ústavů i organizací je zajištění co nejlepších podmínek pro plnohodnotný život těchto jedinců. Aktuální stav pacientů má dopad jak na jejich psychický stav, tak i na psychický stav jejich blízkých. Trpí nejen psychika pacientů, ale také orgánové soustavy v souvislosti s celodenním ježděním na vozíku a s tím spojené namáhání paží k pohybu z místa na místo (viz kapitola „Zdravotní důsledky a komplikace poškození míchy v krční oblasti“). (1, 2)

5.1 Průběh vyšetření spinálního pacienta

Existuje řada hodnotících škál, dle kterých hodnotíme u pacientů neurologický a funkční vývoj po míšním poranění. Podle mezinárodních standardů pro neurologickou klasifikaci míšních poranění (ISNCSCI) se provádí neurologické vyšetření.

Z výsledků vyšetření motorických a senzitivních funkcí určíme stupeň/úroveň míšní léze včetně jejího rozsahu. Za úroveň míšní léze je považován takový míšní segment, od kterého je porušena funkce motorická i senzitivní. Tuto úroveň lze stanovit podle škály AIS-ASIA (Impairment Scale). Škála je vyjádřena písmeny od A-E. Písmeno A znamená kompletní motorickou i senzitivní lézi, B značí senzitivně nekompletní lézi, C a D určují motoricky nekompletní lézi a E se určuje v případech normální motorické a senzitivní funkce. (viz Příloha 5)

Dále sledujeme funkční vývoj pomocí vyšetření nezávislosti (SCIM-Spinal Cord Independence Measure), která hodnotí sebeobsluhu pacienta, mobilitu, schopnost dýchání a ovládání svěračů.

S pacienty, u kterých je schopnost chůze zachována, lze doplnit tzv. chůzové testy. Ty slouží ke kvantitativnímu zhodnocení chůzových parametrů. (2, 4, 5, 7, 8, 10, 19, 26)

6 Zdravotní důsledky a komplikace poškození míchy v krční oblasti

V situacích, kdy dochází k poškození míchy, se informace o tom, co tělo cítí v oblasti pod poškozenou míchou, nemohou dostat do mozku. Současně i informace vyslané mozkiem ke svalům končetin, trupu a dýchacím svalům nedorazí z důvodu poškozené míchy a v této souvislosti člověk není schopen hýbat končetinami, které necítí. Problémy nastávají i se zmíněným dýcháním, ale projevují se i na ostatních tělních soustavách. (1)

6.1 Zdravotní důsledky v jednotlivých systémech v těle

Respirační systém

Komplikace v tomto systému nejsou žádnou vzácností, naopak jsou velmi časté a pacientům mohou způsobit až smrtelné komplikace. Nejvíce ohrožují na životě pacienty s krční lézí do jednoho roku od úrazu. Čím vyšší je úroveň míšní, tím více ubývá svalů, které zajišťují dechový stereotyp. V této situaci je nutné u postižených pacientů zavést tracheostomickou kanylu po takovou dobu, dokud nebudou schopni samostatně vykašlávat. Kanyla zároveň slouží k odsátí bronchiálního sekretu. (1, 2, 4, 5, 6, 8)

Dalším negativním projevem může být přidružené trauma hrudníku nebo jiné respirační potíže psané v anamnéze. Mezi nejvíce vyskytující se poruchy patří expektorace, atelektázy, bronchopneumonie a respirační insuficience. Podle potřeby se pacientům podávají mukolytika a bronchodilatancia. Současně se sleduje hodnota saturace krve O_2 , také provzdušnění plic či eventuelně laboratorní vyšetření zánětlivých markerů z krve.

Nejdůležitější je intenzivní dechová rehabilitace, kdy za pomoci sester a fyzioterapeutů se pacient učí pasivní i aktivní techniky dechové rehabilitační fyzioterapie. Mezi nejvíce používané patří tzv. Vojtova metoda či mobilizační a měkké techniky. Jak jsem již zmínila, dochází k ochabnutí dýchacích svalů, a proto jsou potřebné ještě další pomůcky, které by měl pacient používat. Fyzioterapeuti nejčastěji používají a doporučují pacientům Akapelu, Flutter a různé typy spirometrů. Ke zlepšení dechové hygieny a zároveň ke snadnému vykašlávání hleny, který často trápí většinu postižených pacientů. Je důležité naučit pacienta čistit plíce od hlenů správně prováděným vykašláním vsedě na

vozíku nebo vleže. Pravidelným prováděním se zamezí vzniku plicních infekcí, které by dále mohly ohrožovat pacienta na zdraví. (1, 2, 4, 6)

Kardiovaskulární systém

Z důvodu přerušení ve vedení mezi hypotalamem, mozkovým kmenem a spinálními sympatickými centry vzniká u pacientů s horní krční lézí a horní hrudní lézí převaha parasympatiku nad sympatikem. Dochází ke snížení vasomotorického tonu, bradykardii a hypotenzi. Výsledkem je hodnota systolického tlaku mezi 80 až 100mmHg. Častým a velmi nebezpečným problémem je ortostatická hypotenze. (1, 2, 4, 5, 7)

Vertikalizace pacientů je velice důležitá a je potřeba ji provádět co nejdříve po úraze. Zpočátku se pacienti učí sedět na lůžku a poté se pokračuje v nácviku přesunu z lůžka na vozík. K vertikalizaci je možno použít pomůcky, které usnadní přesunutí, například stavěcí stoly nebo různé vertikalizační stojany. Adaptace pacienta na vertikální polohu může trvat i několik týdnů. A i přesto, že se pacient už zdá být adaptován, příznaky ortostatické hypotenze se i tak opět mohou projevit po delším setrvání na lůžku. Někteří jedinci i přes to, že tyto pocity mají, se s nimi dokáží vyrovnat. Ortostatickou hypotenzii můžeme zmírnit použitím kompresních punčoch. (1, 4)

Mezi další častý problém patří syndrom autonomní dysreflexie (AD) hlavně u pacientů s poraněním hrudních obratlů. Dochází zde k prudkému zvýšení krevního tlaku. Při podráždění pod úroveň míšního poranění dojde k reflexní vasokonstrikci. Pouze nad úrovní míšní léze se může projevit kompenzační bradykardie či vasodilatace, ale ani to nic nezmění na zvýšení krevního tlaku. V souvislosti se vznikem syndromu AD pacient pociťuje pulzující bolesti hlavy, zarudnutí a pocení nad úrovní léze, mívají suchou a bledou kůži naopak pod úrovní léze a stěžují si na neostré vidění. Všechny tyto zmíněné potíže způsobí u pacientů úzkostnost. Nejčastější příčinou je distenze močového měchýře či střeva. Mimo tyto příčiny se uvádí jako další možné spouštěče infekce močového měchýře, urolitiáza, náhlá příhoda břišní, ale i popáleniny či fraktury a zároveň v neposlední řadě i sexuální aktivity. Pokud hypertenze dosáhne hodnot nad 250-300mmHg její důsledky mohou být pro pacienta život ohrožující. Přítomnost zdravotníků je zde nutná a pouhou vertikalizací pacienta snížíme i jeho krevní tlak. V případě potřeby lze podat také antihypertenzivum s rychlým nástupem účinku. Syndrom AD je velmi závažný a informovat o něm pacienty je důležitou součástí prevence. (1, 2, 3, 4, 5, 7)

Při poranění míchy v oblasti krční či hrudní se může objevit porucha termoregulace. Vzniká v souvislosti s neschopností regulovat vasokonstrikci, vasodilataci a pocení na základě poruchy kožních receptorů vedoucích do hypotalamu. V akutní a postakutní fázi u pacienta můžeme pozorovat febrilní stavy bez známek zánětu v organismu. I tak bychom měli pacienty informovat o riziku přehřátí organismu při vyšší okolní teplotě. (1, 4)

Kromě těchto tří problémů jsou pacienti s poškozenou míchou ohroženi rozvojem hluboké žilní trombózy. Toto riziko vzniká z důvodu oblenění průtoku krve řečištěm, snížením vasomotorického tonu a absencí svalové pumpy na plegických končetinách pacientů. K řešení tohoto problému je třeba podávat dlouhodobě nízkomolekulární heparin s následnou warfarinizací. Při neobjevení příznaků po půl roce v poúrazovém období lze tuto profylaxi přerušit. (1, 2, 3)

Je nutné dále zmínit vznik otoků na ochrnutých končetinách z důvodu nedostatečné cirkulace krve. Otoky jsou velice časté u postižených pacientů skupiny 1, kteří nemohou s končetinami samovolně pohybovat a chybí jim přirozená svalová pumpa. Oteklé ruce a nohy jsou běžným jevem, který se objevuje u těchto pacientů, podstatná je ovšem reakce končetin na jejich elevaci nad úroveň srdce. Pokud ani poté nedojde na končetinách ke zmenšení otoku a určitá část je horká na dotek, hrozí, že se může jednat o hlubokou žilní trombózu (viz předchozí odstavec). Při zjištění této diagnózy je potřeba pacienta hospitalizovat a končetinu ponechat v klidu do té doby, dokud vyšetření neukáže rozpuštění trombu. (1, 3)

Druhým problémem mimo žilní trombózu může být podezření na mízní otok, tzv. lymfedém, hlavně na dolních končetinách. Tento lymfedém vzniká na podkladě nedostatečné funkce mízního systému následkem ochrnutí, kdy se lymfa hromadí v nejnižších částech těla. Hlavní je tyto otoky včas léčit, jinak by mohlo dojít k omezení hybnosti nebo v horších případech až k deformitám nohou.

V současnosti je jedna příčina, která pacienty ohrožuje nejvíce na životě a tou je ischemická choroba srdeční (ICHS). Na první místo, co se týče rizikovosti, se dostala poté, co díky zkvalitnění péče došlo k nižšímu výskytu urologických komplikací a výskytu dekubitů. U paraplegiků i tetraplegiků vzniká ICHS v souvislosti se sníženou fyzickou aktivitou a hypercholesterolémií. (1, 2, 4)

Gastrointestinální systém

V akutní fázi po míšním poranění dochází k ovlivnění funkce zažívacího traktu. Spinální šok vyvolá atonii žaludku i střev. Preventivním opatřením dilatace žaludku a střevní atonie je zavedení žaludeční sondy. Řídíme se velikostí odpadu žaludečního obsahu a stavem peristaltiky u pacienta. Peristaltiku je nutné podporovat farmakologicky i mechanicky drážděním břišní stěny masáží. Dlouhodobým a nekontrolovaným odsáváním může dojít k metabolické alkalóze s kompenzační hypoventilací. (1)

Přítomnost hyperkapnie může být mylně považována za neschopnost dýchacích svalů udržet dostatečnou ventilaci, její vznik je ale způsobený atonií střev, kdy dochází k omezení ventilace snížením exkurzí bránice. Hypersekrece žaludku může mít za následek vznik stresového žaludečního vředu s krvácením. Je potřeba u pacientů po poškození míchy časně zavést parenterální výživu se snahou zabránit rozvoji katabolismu a omezit tak jeho trvání na co nejkratší dobu. Parenterální výživu lze podat jak periferním, tak i centrálním žilním katétrem. (1, 2, 6)

Riziko vzniku peptického či duodenálního stresového vředu ohrožuje pacienty převážně v akutním stádiu, proto je nutné pacientům podávat jako prevenci antagonisty H₂ receptorů. Dochází také ke změnám ve funkci střev, které jsou způsobeny poruchou inervace horní poloviny tračnicku, esovitě kličky a rekta. Zpočátku se stolice ve střevě hromadí a poté může dojít k prodloužení střevní pasáže a hrozí tak riziko vzniku zácpy. K tomuto problému slouží tzv. vysoké nálevy, kdy se podá 500-1500 ml 37°C teplé vody každý den. Reflexní aktivita střeva nastupuje poté, co odezní míšní šok a u pacienta se začíná s rehabilitací střevní činnosti s pravidelnými intervaly vyprazdňování. Alternativou k podpoře peristaltiky se mohou použít bisacodylové čípky, které slouží k vyprázdnění tzv. ampuly, ale nedojde k vyprázdnění celého střeva. Většímu vyprázdnění lze docílit i pomocí stimulací konečníku krouživými pohyby prsty pomocí rukavice. Nesmím zapomenout zmínit důležitost pitného režimu, který má vliv na funkci střev. Postižený necítí potřebu jít na stolicí a musí se naučit náhradní pravidelný preventivní způsob vyprazdňování, aby předešel nepříjemným nehodám. Naučit se to je velmi důležité, jinak by neustále docházelo k samovolnému odchodu stolice a k riziku vzniku opruzenin, které by pacientovi přidělaly další problémy a nepříjemnosti. (1, 2, 3, 4, 6, 8, 10)

U pacientů s poškozením míchy se mohou objevit některé z funkčních poruch střeva (neurogenní střevní dysfunkce). Jedním z nich je spastický typ střevní poruchy (reflexní střevo), které se může vyskytnout u postižených s lézí nad sakrálními segmenty. Je zde zachován kontakt míchy a střeva, ale nelze ovládat vůlí zevní svěrač. Poškozená inervace do mozku způsobí nemožnost určit, kdy je třeba střevo vyprázdnit. Reflexní činnost míchy lze využít k rehabilitaci defekace u postižených pacientů. K vyvolání je potřeba použít opět bisacodylové čípky, miniklysma nebo podráždění svěrače prsty. Cílem je docílit měkké formované stolice včetně intervalů vyprazdňování nejdéle 1 za 3 dny ve stejnou denní dobu. Druhým typem je areflexní typ střevní poruchy (chabé střevo), které vzniká poškozením míchy na úrovni sakrálních segmentů S2-S4 a pod nimi na základě absence míšního peristaltického reflexu, kde je průchod stolice velmi pomalý. To znamená, že stolice je vysoušena a hrozí riziko vzniku zácpy a zároveň i riziko inkontinence z důvodu hypotonického zevního svěrače. Proto je naším úkolem zajistit časté a pravidelné vyprazdňování stolice u pacientů. Toho je možno dosáhnout opět manuálním vytlačení či vybavením stolice nacházející se v dolní části střeva (ampulu). Cílem by měla být jako u předchozího typu tužší formovaná stolice vyprazdňovaná 1-2x denně. (1, 2, 3, 6, 8, 10)

Urogenitální systém

Porucha funkce autonomního nervového systému a porucha vyprazdňování močového měchýře je z důvodu míšní léze. Kdy do mozku pacientů nedochází žádná vlákna, která by informovala mozek o naplnění močového měchýře. V této situaci si postižený pacient neuvědomí, že je nutné měchýř vyprázdnit. Jedná se o neurogenní dysfunkci močových cest. Proto bezprostředně po poškození míchy je zaveden permanentní močový katetr. Pro komplikovaný průběh uretry u mužů představuje zvýšené riziko otlaků a případných striktur, proto je nutné co nejdříve přejít na intermitentní katetrizaci. Pokud není z nějakého důvodu tato katetrizace možná a je nutné ji odložit, je vhodné zavedení suprapubické epicystostomie (EPI). (1, 2, 4, 5, 6, 7, 10, 16)

U neurogenního močového měchýře je nejbezpečnějším způsobem dlouhodobé derivace moči metoda intermitentní katetrizace. Je potřeba opět zmínit důležitost pravidelného úplného vyprazdňování močového měchýře v daných intervalech, aby nedošlo k jeho přeplnění. Někteří postižení pacienti se postupem času naučí vnímat pocity, které svědčí o náplni močového měchýře prostřednictvím určitých pocitů a příznaků. Mezi ně patří pocit husí kůže na těle nebo mravenčení nad místem léze. Již zmíněné náhradní

způsoby vyprazdňování močového měchýře jsou důležitou prevencí před infekcemi a autonomními dysreflexiemi (viz „Kardiovaskulární systém“). I když se tyto způsoby pacientům nijak nezamlouvají, nemají moc na výběr. I v tomto případě je potřebná rehabilitace zajištěná multidisciplinárním týmem na spinálních jednotkách. (1, 2, 3, 4, 5, 8, 16)

Hrozby infekcí jsou velmi časté a při špatné prevenci může nastat rozvoj uroinfekce. Nejčastěji v akutní a postakutní fázi po úraze. Podstatou je rozlišení uroinfekce od kolonizace dolních cest močových, pokud počet bakterií v moči a leukocyturií nepřesáhnou určitou mez a zároveň pacient nepopisuje žádné klinické příznaky infekce, jako je teplota, třesavka, celkově se cítí špatně, má pocity na zvracení, bolesti, barva moči může být zakalená nebo může být růžově zbarvená a zapáchající, objevují se silnější a trvalejší spasmy nebo se objeví problémy s močením a moči je velmi malé množství, pak není nutné nasadit antibiotika (ATB). Na druhou stranu při symptomatické infekci už ATB jsou podány cíleně podle výsledků z kultivace. Není radno tyto urologické infekce podceňovat, mohly by přejít do těžkého septického stavu, který by pacienta ohrožoval na životě. K zabránění uroinfekcí je hlavní dodržet délku zavedení močového katetru a to znamená výměnu každé 3-4 týdny. (1, 2, 4, 6)

Dalším problémem je riziko vzniku urolitiázy, které se zvyšuje dlouhodobě zavedeným permanentním transuretrálním či suprapubickým katetrem. Preventivními pravidelnými kontrolami na ultrazvuku lze předejít urolitiáze, kterou by bylo nutné řešit chirurgickými intervencemi.

Nakonec bych se ráda vrátila k poškození močového měchýře, které bylo již zmíněno v začátcích této kapitoly. Jedná se zde o dva typy močových měchýřů, které mohou nastat po poškození míchy. Jejich výskyt je závislý na výšce poškození míchy. Prvním z nich je spastický (reflexní) močový měchýř, který se objevuje u pacientů s poškozenou míchou v oblasti nad sakrálními segmenty S2-S3, tedy i u tetraplegiků. Tento typ močového měchýře reaguje na určitou náplň kontrakcí (stažením stěny), dojde i ke zvýšení tlaku v měchýři a vypuzení moče, za podmínky koordinovaného otevření svěrače měchýře. V opačném případě, kdy se bude jednat o nekoordinovanou souhru měchýře a svěrače, může dojít k inkontinenci či ke zpětnému toku moče do ledvin nebo k autonomní dysreflexii (viz kapitola „Kardiovaskulární systém“). Spastický močový

měchýř se většinou projevuje křečemi v nohou, což by pacienta mělo upozornit, že se může jednat o tento problém. (1, 2, 3, 16)

Jako druhý se může vyvinout chabý (areflexní) močový měchýř u poškození pod sakrálními segmenty. Kdy může docházet k zadržování moče (retenci) v souvislosti se zachovanou funkcí svěračů nebo k možnosti vytlačení moče břišním lisem a k inkontinenci, kdy z důvodu ochablého svěrače odchází moč z přeplněného močového měchýře. V období spinálního šoku po poškození míchy se používá u pacientů k vyprazdňování močového měchýře permanentní cévka (trvale zavedená v močové trubici) a také lze zavést epicystostomii (cévka zavedená skrze břišní stěnu). (1, 2, 3, 6, 16)

V případě zavedení permanentní cévky se po několika týdnech cévka vyjme a přichází na řadu zahájení intermitentní katetrizace (jednorázové cévkování). Interval ve vyprazdňování je individuální, je potřeba udržovat určitý interval, který se řídí náplní močového měchýře, která nesmí přesahovat 400-500 ml. Denní intervaly jsou častější, mezi 3-4 hodinami a noční intervaly se mohou prodlužovat, mezi 6-8 hodinami. Opět zmíním důležitost dodržování pitného režimu, který by měl být samozřejmostí.

Na závěr této kapitoly bych ještě doplnila k EPI, že u pacientů s dráždivým močovým měchýřem, kteří mají zavedenou epicystostomii trvale, se cévka mění 1x za 3-5 týdnů. (1, 2, 3, 6, 16)

Pohlavní systém

Muži i ženy s poškozenou míchou jsou určitým způsobem schopni nadále vyvíjet sexuální aktivitu a pokračovat v partnerských vztazích současných nebo navázat vztahy nové. Trápí je velké vnitřní zábrany, které je nutno překonávat a zároveň mít velkou trpělivost a odvalu. Všichni pochybují o tom, že jsou stále plnohodnotnými partnery a partnerkami, kteří jsou schopni mnohé poskytovat. Podstatou je i to, že musí přijmout změnu v tělesném vzhledu a získat k sobě pozitivní vztah. Neměli by se vyhýbat ani péči o svůj zevnějšek, aby neztratili pocity atraktivnosti a upravenosti. Touha uspokojovat sexuální potřeby se u těchto lidí nemění, ale schopnost vnímat pocity v genitáliích, které sex navozuje a schopnosti pohybovat se aktivně při sexuálním styku jsou jiné a omezené. Existují ale pomůcky, které jsou pro tyto nedostatky a dyskomfort vhodné použít. (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 14, 18)

Muži mají problémy s erektilní dysfunkcí, anejakulací a prožíváním orgasmu. Léčba těchto poruch je možná. Erektlní dysfunkce je řešitelná podáním různých medikamentů, jako je Viagra, Cialis, Levitra. Anejakulaci lze vyřešit získáním spermatu umělým odběrem a následným zmražením spermií ve spermabance. Je několik metod odběru, buď vibrostimulace, elektroejakulace nebo testikulární extrakce spermatické tkáně (TESE). Doporučený odběr spermatu je rok po úraze. (1, 2, 4, 5, 10, 14, 18)

U žen dochází v souvislosti s úrazem k vyhasnutí funkce pohlavních orgánů, vytrácí se menstruace, která se obnoví znovu po několika měsících a možnost otěhotnění se tedy dá srovnat se stavem, který byl před poškozením míchy. Jako u mužů i ženy mají problémy spojené se sexem. Například schopnost lubrikace je snižená, dochází také ke změnám v pocitech při orgasmu. Pokud nelze přirozenou cestou, lze obdobně jako u mužů docílit odběru a oplození oocytů u ženy, které probíhá metodou asistované reprodukce. Těhotenství u těchto žen probíhá normálně, ale je potřeba ženu zvýšeně pozorovat a hlídat z důvodu možné autonomní dysreflexie (viz kapitola „Kardiovaskulární systém“), která může být způsobena rostoucím plodem a napínáním stěny dělohy. Větší asistence bude potřeba ze strany zdravotníků při cévkování a přesunech. Porody se obvykle provádí císařským řezem. V prvních letech dítěte je nutná asistence rodiny a externích asistentů. (1, 2, 3, 4, 5, 14, 18)

Hlavní je, aby se oba partneři nebáli experimentovat při sexuálních aktivitách a pokusili se najít opět jiné způsoby uspokojení svého partnera či partnerky. Jestliže je v páru jeden nepostižený jedinec, ať už žena nebo muž, měl by převzít dominantnější roli. Oba z páru by měli být informováni, že také nelze podceňovat zásady bezpečného sexu. Ti postižení jedinci, kteří mají zájem se dozvědět více informací ohledně tohoto téma, by měli vyslechnout rady těch, které postihlo nějaké podobné postižení, a už tuto náročnou situaci nějakým způsobem zvládli. (1, 7, 14)

Kožní systém

U zhruba 12% pacientů po poškození míchy v akutní fázi vznikají dekubity v souvislosti s nedostatečnou ošetrovatelskou péčí. Nejčastěji vznikají v oblasti sakrální či gluteální, méně často potom vzniknou na trochanterech, kotnících nebo na patách. Léčba dekubitů je velmi dlouhodobá, nákladná a omezuje možnost aktivní rehabilitace. Nejenže pacienty ohrožují v hybnosti a fungování, ale v případě rozsáhlého defektu s nekrotickou

spodinou může dojít až k indikaci nefrektomie nebo plastiky svalově-kožním lalokem. Mimo pacienty v akutní fázi po poškození, může dekubit ohrozit jakéhokoli pacienta po úraze, ať už v trvání kratším nebo až po několika letech.

Na vině vzniku dekubitu je v některých případech i sám pacient z důvodu nedodržení správných zásad při polohování nebo nekontrole kůže na rizikových částech těla a neodlehčování tlaku. Při zmíněném polohování by pacienti měli používat vhodné antidekubitní pomůcky. Při nevhodně zvolených typech může dojít ke vzniku dekubitu, i když pacient dodržoval zásady polohování. Jakmile je dekubit objeven, je potřeba danou část těla ihned odlehčit, jinak se nezajistí vhodné podmínky pro zhojení dekubitu. Na spinálních jednotkách zdravotníci konzultují správný výběr materiálů sloužících k prevenci dekubitů. (1, 2, 4)

Muskuloskeletární systém

Pacienti, kteří jsou po poškození míchy nebo mozku a jsou dlouhodobě imobilizováni, jsou ohroženi vznikem paraartikulární osifikace. Její rozvoj se odehrává pod úrovní léze nejčastěji v okolí kyčelních kloubů. Příčiny jsou multifaktoriální, může jít o mikrotraumatizaci měkkých tkání s následnou přeměnou vazivově-kostní. Následné omezení pohyblivosti v postiženém kloubu znamená limitovaný pohyb ve vykonávání běžných každodenních činností. Objektivně můžeme zaznamenat omezení rozsahu pohybu v kloubu, otok nebo zarudnutí a subjektivně se v laboratorním vyšetření objeví hodnota ALP jako nespecifický marker. Léčba je prováděna podáním bifosfonátů v kombinaci s radioterapií. V závažném případě, kdy dojde k extrémnímu nárůstu osifikací, které významně ovlivní možnost pohybu v kloubu, je nutno zvážit resekci s rizikem vzniku cévních komplikací.

Další problém může nastat bezprostředně po úraze vlivem absence zátěže. Dojde k masivní kostní resorpci a zároveň k rozvoji osteoporózy. Významný vliv při pravidelné vertikalizaci u paraplegiků i tetraplegiků ke zlepšení kostní denzity nebyl zatím zjištěn. Osteoporóza s sebou přináší zvýšené riziko výskytu zlomenin. Nejčastěji na dlouhých kostech na dolních končetinách z důvodu jak nešetrné manipulace, tak i z pádu z vozíku. Zlomeniny v necitlivých částech těla se projeví pouze otokem nebo zvýšenou spasticitou. Podle možností je často zvolena léčba operační. Provádí se tzv. osteosyntéza zlomeniny.

Volba fixace pomocí sádry by mohla mít za následek vznik dekubitu na plegické končetině. (1, 4)

Všechny pacienty po míšním poranění, v jakékoli fázi, může ohrozit, vlivem svalové dysbalance, rozvoj svalových a vazivových kontraktur spojených se vznikem deformit. Podíl na vzniku kontraktur má i spasticita. Na spinálních jednotkách je možné zabránit vzniku kontraktur a deformit péčí ze strany zdravotníků, ale je potřeba pacienty informovat ke správné prevenci do budoucna.

Jako další problém bych vytkla výskyt muskuloskeletární bolesti. Tento typ bolesti vzniká po dlouhodobé imobilizaci, ale i v opačném případě, kdy dochází k přetěžování určitých svalových skupin. Tuto bolest je možné ovlivnit pomocí běžných analgetik a rehabilitačních postupů. (1, 2, 4)

Nervový systém

Po odeznění míšního šoku u pacientů s centrální míšní lézí dochází ke spasticitě. Kdy dochází ke zvýšení tonického napívacího reflexu závislého na rychlosti pasivního protažení v souvislosti s abnormálním zpracováním proprioceptivních aferencí na míšní úrovni. Mezi klinické projevy patří svalový hypertonus, zvýšené šlachové reflexy, ale i pozitivní iritační pyramidové příznaky: klonus, flexorové a extenzorové spasmy a asociativní motorické poruchy. Spasticita má vliv na všechny pohybové funkce, proto jsou pohyby pomalé s velkým úsilím a přesuny jsou obtížné, což má vliv na běžné denní aktivity. Spasticitu v postakutním stádiu lze ovlivnit fyzioterapeutickými technikami nebo podáním příslušných medikamentů. Adaptace na projevy spasticity je možná až v chronické fázi u pacientů s postižením. V případech nekompletních lézí může být spasticita velice těžká, v těchto případech je nutná indikace implantace baclofenové pumpy. (1, 4)

Jinou nepříjemností u pacientů s míšní lézí je neuropatická bolest. Tento typ bolesti vychází z postižených nervových struktur a je pacienty popisována jako pálivá, bodavá a velice špatně lokalizovatelná. Její průběh může zhoršit stres nebo únava. Jakékoli podání analgetik není úspěšné, obtíže lze zmírnit podáním antiepileptik v kombinaci s antidepresivy. Důležitou roli hraje odhalení jakékoli jiné příčiny, což bývá z důvodu ztráty citlivosti obtížné a musí se využít veškeré vyšetřovací metody.

U pacientů v chronické fázi se může rozvinout syringomyelie, jejíž charakterizace lpí v přítomnosti cysty (syrinxu) v šedé hmotě míšni a také je příčinou zhoršujícího se neurologického nálezu i progredující neuropatické bolesti v úrovni míšni léze. V této situaci je potřeba zavést syringosubarachnoidální nebo syringopleurální shunt. (1, 2, 4)

Všechny tyto tělní soustavy je možné analyzovat pomocí ošetřovatelských modelů, díky kterým získáme informace o stavu pacienta a zároveň se můžeme věnovat určitým zjištěným problémům nebo komplikacím v konkrétních oblastech. Pro svůj výzkum jsem si zvolila Model funkčních vzorců zdraví podle Marjory Gordonové, který řadíme do modelů interpersonálních vztahů (viz Příloha 9).

Tento ošetřovatelský model se skládá ze dvanácti vzorců zdraví, do kterých spadá vnímání zdraví (snaha o udržování zdraví), výživa (metabolismus), vylučování, aktivita (cvičení), spánek (odpočinek), citlivost (vnímání, poznávání), sebepojetí (sebeúcta), role (vztahy), reprodukce (sexualita), stres a zátěžové situace (jejich zvládnání a tolerance), víra (životní hodnoty) a poslední kolonka jiné, do které se zapisují ostatní důležité informace, které nelze jednoznačně zařadit do jakékoli předchozí zkoumané oblasti.

Pomocí tohoto ošetřovatelského modelu lze identifikovat, zda se u konkrétního pacienta jedná o funkční nebo dysfunkční vzorec zdraví. V případě výsledku dysfunkčního vzorce zdraví u jakéhokoli pacienta je potřeba stanovit určitou ošetřovatelskou diagnózu a nadále pokračovat v krocích ošetřovatelského procesu.

6.2 Možné komplikace

Poškození míchy mohou doprovázet i různě závažné komplikace, které plegickým pacientům přidělávají další starosti a trápení.

Tromboembolická nemoc

Nejen u pacientů s poraněním míchy, ale všechny pacienty, kteří jsou upoutaní delší dobu na lůžko, ohrožuje vznik tromboembolické nemoci (TEN). V případech, kdy není pacient schopen samostatného pohybu, jako pacienti po poranění míchy, je riziko vzniku TEN mnohem vyšší. Hluboká žilní trombóza nebo plicní embolizace mají za následek vysokou mortalitu a morbiditu. Třetí nejčastější příčinou úmrtí u pacientů s poškozenou míchou je již zmíněná plicní embolizace. K prevenci TEN je možné využít metod fyzikální prevence, do kterých zahrnujeme bandáže dolních končetin, kompresní punčochy a

včasnou mobilizaci s fyzioterapií. Spolu s tím je potřeba i farmakologických metod, jako je podávání antikoagulancií a heparinu. (1, 2, 4, 5)

Na dolních končetinách jsou žíly vedeny ve dvou skupinách. Jednou z nich jsou povrchové a druhou hluboké žíly. Postižení hlubokých žil na dolních končetinách má za příčinu vznik flebotrombózy. Nejvyšší riziko hrozí pacientům v období mezi prvními 4 až 8 týdny po poranění. Postihuje i pánevní žíly a její začátek se obvykle objeví v žilách na ploskách nohou nebo na žilách lýtkových svalů. Poté se šíří proximálně do hlubokých žil. Proud krve arteriemi i žilami je zajištěn srdeční pumpou. Venózní proud krve je zároveň udržovaný nasátím krve do hrudníku při vdechu (vzestup negativního nitrohručního tlaku). Také kontrakcí kosterního svalstva dojde ke stlačení žíly tzv. mechanismem svalové pumpy. Prací žilních chlopní je bránit zpětnému toku krve, proto směr krve je směrem k srdci. V situacích, kdy dochází k varikózním žilám, je pohyb krve k srdci snížen insuficientními chlopněmi. Patogenetickými základními faktory vzniku žilní trombózy jsou podle Virchowovy trias: venostáza, zvýšená krevní srážlivost a poškozená cévní stěna. Venostáza je nejdůležitějším faktorem u postižených pacientů, který je zapříčiněn ztrátou cévního tonu i výpadkem motorické funkce a zároveň ztrátou funkce svalové pumpy. V akutní fázi rehabilitace je podstatná limitovaná mobilizace pacienta. V případech postižení krční a hrudní míchy navíc pacienty ohrožuje omezení dechové aktivity v souvislosti se snížením negativního nitrohručního tlaku. (1, 2, 4)

V gastrointestinálním traktu a urogenitálním systému jsem psala o určitých problémech, které patří do rizikových faktorů vzniku flebotrombózy. K nim patří ztráta inervace močového měchýře a rekta, která je spojena s nepravidelným vyprazdňováním střev a přítomností meteorismů. Tyto problémy způsobí zvýšení intraabdominálního tlaku s vysokým stavem bránice. Jinými rizikovými vlivy mohou být přidružená poranění hrudníku, břicha nebo zlomeniny dolních končetin nebo poranění měkkých tkání a některé operační výkony, které aktivizují koagulaci. U plegických pacientů může také docházet k chronickému poškozování žilní stěny důsledkem hypoxií při tlaku na podložku vlastní vahou. Nejvíce v oblasti lýtky. To je nutné vzít v potaz při polohování pacientů. Riziko žilní trombózy roste s věkem pacienta, výskytem zlomenin nebo odkladem v nasazení profylaktické léčby. Klinická diagnóza u plegických pacientů je obtížná z důvodu ztráty senzitivity na bolest. Posuzujeme hlavně barvu kůže, cyanózu, bledost končetiny, jakýkoli

otok, pulzaci a žilní kresbu. Jisti si můžeme být v případě, že jsou přítomny alespoň tři z příznaků. (1, 2, 4)

Přítomnost kolaterálů je po několika denním uzávěru žil. Rozsáhlé trombózy mohou vést až k ischemii, která může způsobit následnou gangrénu. Je důležité vědět, že uvolněním trombu může dojít k embolizaci do plic, kterou doprovází dušnost, pleurální bolesti, dráždivý kašel a vykašlávání krvavého sputa. Pokud tato situace nebude řešena, dojde do rozsáhlé plicní embolie, kdy se projeví tento stav pravostranným srdečním selháním, hypotenzí, šokem a následně i smrtí.

Vzhledem k tomu, co jsem zmínila, je nevyhnutelné se vyjádřit o možných způsobech prevence. Její součástí je dostatečná péče o hydrataci pacienta včetně sledování bilance tekutin, dechové rehabilitace, polohování pacientů, správně nasazené kompresní punčochy nebo správné provedení bandáží a včasná mobilizace z lůžka včetně nácviku správného stání s vhodnými pomůckami a správné přemístění do vozíku. Dále pravidelné vyprazdňování stolice, zvýšená poloha dolních končetin a s tím související cvičení s dolními končetinami v lůžku či na motopedu.

Na závěr této kapitoly se vyjádřím ještě k diagnostice a terapii. U plegických pacientů je klíčem k rozpoznání žilní trombózy duplexní dopplerovská sonografie, venografie a impedanční pletysmografie. Pokud se flebotrombóza projeví, je potřeba dodržet klid na lůžku a zároveň provést elevaci dolních končetin, dále je nutností nasazení medikamentózní léčby (trombolytika) a použití kompresních punčoch. Při přistoupení na operační řešení se provádí tzv. trombektomie, která je indikována jen u čerstvých žilních trombóz, postihující ilické a femorální žíly. (1)

Dekubity

Několikrát zmíněný problém po poškození míchy u pacientů je ten, že kromě ztráty volního pohybu, dochází k poruchám cití a vegetativních funkcí, což může vést k poruše vazomotoriky (řízení stahování a rozšiřování cév). Dekubity hrozí pacientům převážně v akutní fázi po poranění, hlavně při nedodržení doporučení k prevenci jejich vzniku. V dalších pozdějších stádiích po úraze je výskyt dekubitů zcela individuální. Nutnou poznámkou je náchylnost ke vzniku dekubitu při jakémkoli onemocnění u pacientů s poškozenou míchou, zvláště, zdali je příslušné onemocnění doprovázeno teplotou. Na místě je nutné zvýšit preventivní opatření (viz Příloha 10). Kapitola o dekubitech je velmi

důležitá a prevence jejich možných výskytů chrání pacienty před velkými komplikacemi. (1, 2, 3, 4, 6, 15)

Zaměřím se na to, co slovo dekubit vlastně znamená. Dekubit v překladu zní proleženina či prosezenina. Jedná se o místo poškození v určité oblasti kůže a zároveň i měkkých tkání způsobené dlouhotrvajícím tlakem při sezení na vozíku nebo ležení ve stejné poloze bez změny polohy. Intenzita a délka působícího tlaku způsobí zástavu krevního řečiště, čímž nebude docházet k výživě tkání. Následkem toho vzniká na kůži zarudnutí a dále potom poškození až odumírání tkáně (nekróza) mezi kostní vyvýšeninou a pokožkou. I zde je třeba zdůraznit riziko ohrožení dotyčného člověka na životě v případě, kdy nekrotizující vřed postihne svaly, šlachy nebo kosti. Ani v tomto případě nejsou postižení pacienti schopni cítit včas dyskomfort či nežádoucí působící tlak, a proto neodlehčí určitou část těla, například změnou polohy. Jsou vedeni zdravotníky k tomu, aby sami prováděli preventivní polohování celého těla. Buď se napolohují samostatně, pokud to zvládají, nebo s pomocí asistenta. Nejčastěji se objevují dekubity v oblasti křížové kosti a také na patách v poloze na zádech. V poloze na boku hrozí riziko vzniku dekubitů na kyčelních kloubech, na kotnících nebo na hlavičce kosti lýtkové. Ani na vozíku se nevyhnou vzniku dekubitů, pokud nedodrží správné způsoby sezení. Náchylné jsou v této poloze sedací hrboly, opět kost křížová a popřípadě i boky z důvodu úzkého vozíku. Špatným sedem může dekubit vznikat v oblasti žeberních oblouků nebo trnech obratlových těl. (1, 2, 4, 6, 15)

Místům nejčastějšího výskytu dekubitů říkáme tzv. predilekční místa, kde přímo pod kůží nalezneme kostní výběžky (viz Příloha 11). Hrozbou je časný vznik dekubitu již po několika hodinách. Jak jsem už psala, změna barvy kůže patří do prvotních projevů vzniku dekubitu. Kůže se může zbarvit do tmavšího odstínu než je normálně. Ujistění, jestli se opravdu jedná o zmíněný dekubit, je možné. V případě, když po odstranění tlaku zůstane tmavá kůže déle než minutu, pak se jednalo o tlak dlouhodobý a dané místo může být na dotyk teplé. Toto stádium je nejdůležitější k zastavení dalšího rozvoje dekubitu. Zároveň musíme odstranit veškerý tlak na danou oblast na kůži. Jestliže tak neučiníme, vyvine se dekubit v další stádium a to v otevřený puchýř. Návštěva lékaře už bude nutností. Ránu bude potřeba pravidelně čistit a krýt vhodným sterilním materiálem. Následným stádiem, kdy se proleženina neléčí, je tvorba hluboké rány, která zasahuje do měkkých tkání až na kost. Čištění rány je nutné, ovšem obvykle není dostačující a přechází

se k řešení chirurgickému-plastikou či eventuelně odstraněním nekrotizující kosti. (1, 2, 3, 4, 15)

Ve srovnání s nepostíženým mají tetraplegici a celkově všichni pacienti s postižením míchy velkou nevýhodu v odlehčování postižených míst dekubitem. Většinu času tráví vleže nebo na vozíku, to znamená v opakujících se pozicích. S léčením proleženin bývají problémy. Trvání léčby je velmi zdlouhavé, někdy až v řádech měsíců. Možná infekce daného dekubitu může navodit až smrt postiženému jedinci, proto jsou tyto všechny zmíněné informace důležité.

Výše v textu jsem nastínila možné stupně dekubitů. Celkem jsou 4. Prvním z nich je stupeň zarudnutí kůže, které nebledne ani po odstranění veškerého tlaku působícího na danou část těla. Místo může být oteklé a teplé na dotek, pokožka ještě není v tomto stupni poškozena. Druhým stupněm je vznik puchýře, kdy už dochází k částečnému poškození pokožky. Třetím stupněm je nekróza tkáně, jinak odumření, mezi pokožkou a kostí a zároveň se tvoří vřed. Stupeň čtvrtý neboli vřed se záněty kostních výběžků, které vznikají pod dekubitem. (1, 15)

Na závěr této důležité kapitoly vyjmenuji rizikové faktory, které mají co dočinění se vznikem proleženin. Existuje jich celá řada a dělíme je na vnitřní a vnější. Vnitřní faktory vychází ze změn funkce organismu (například ochrnutí, ztráta cití, inkontinence, poruchy výživy, špatný duševní stav). Vnější faktory naopak vycházejí z vlivů prostředí na tkáň (jako je již několikrát zmíněný tlak, tření, střížné síly, teplo, vlhké prostředí). Způsoby prevence proleženin již byly zmíněny, ale je potřeba je opakovaně připomínat. V první řadě je potřeba pravidelně polohovat pacienta na lůžku s dopomocí nebo bez ní a také měnit polohu vsedě na vozíku, na to nesmíme zapomínat. Odlehčovací techniky se pacienti učí s rehabilitačním pracovníkem. I kontrolování stavu kůže je nevyhnutelné. Ať už se pacient prohlíží sám, nebo ho prohlédne jiná osoba, hodnotit stav kůže se musí jak večer, tak i ráno, tedy dvakrát denně. (1, 2, 3, 15)

Osifikace

Někdy se u tetraplegiků a paraplegiků mohou vyskytnout zejména v okolí velkých kloubů tzv. zvápenatiny. Důvodem jejich vzniku je nějaká přidružená zdravotní komplikace, která upoutá pacienta dlouhodobě na lůžko. Problémem těchto „zvápenatin“ je

jejich brzký výskyt u pacientů, kteří jsou po úraze velice krátkou dobu. Klouby tak ztrácejí svou hybnost a postupně úplně tuhnou.

Postižen může být pouze kloub, někdy však postihují i kyčle nebo stehenní svalstvo. Příčiny nejsou moc jasné, existuje pár teorií, které by mohly stát za vznikem těchto komplikací. Jednou z nich je mikrotraumatizace měkkých tkání při nešetrné léčbě v raném období. Druhou by byla teorie o zánětlivých procesech, které by způsobily až hlubokou žilní trombózu. Příznaky jsou zde velice důležité a určující. Jako první nastává omezený pohyb v kloubu, poté dochází k viditelnosti novotvořené kosti pouhým okem a následkem toho lze pozorovat u pacientů vsedě na vozíku patrnou asymetrii pánve a skoliotické držení trupu. Návazně u pacientů může vzniknout dekubit na sedacím hrbolu nebo na žebrech. Tato komplikace způsobí postiženému pacientovi ještě větší problémy, než měl doposud při vykonávání běžných denních činností. Léčba je nevyhnutelná. Podávají se bifosfonáty a zároveň se provádí i rehabilitace, která by měla výrazně zmírnit tuhnutí kloubu. Jakmile dojde k masivnímu nárůstu osifikací, je nutné zvažovat operační odstranění kostní tkáně. V jiném případě až operační zásah, který by pacientovi umožnil znovu sedět a pohybovat se na vozíku. (1, 3, 4, 7)

Spasticita

V době, kdy odezní spinální šok, se u postižených pacientů v ochrnutých částech těla projeví spasticita (viz kapitola „Muskuloskeletární systém“). Její projevy mohou být ve větší nebo menší míře. Jde o zvýšení svalového napětí a šlachových reflexů. Začínají se objevovat mimovolní záškuby s chvěním nebo křečemi (spasmy) v různých skupinách svalů. Někdo mívá problémy v ohýbačích kloubů, jiný zase v natahovačích. Jejich „vyprovokování“ se děje při změnách polohy nebo přesunech a dotyku. Chybnou úvahou je myšlenka pacienta, že jde o vracení vůlí ovládanými pohyby. V tuto chvíli se jedná o pouhou reflexní odpověď míchy těmito spastickými pohyby na veškerá podráždění. (1, 3, 4, 5, 6, 7, 9)

Spasticita může být v obou polovinách těla rozdílná, ať už se jedná o tetraplegika, tetraparetika, paraplegika nebo paraparetika. Následkem může být nerovnováha v těle a tudíž špatné držení těla v sedu. Tento problém se může projevit i při pohánění vozíku. Důsledkem toho všeho jsou různé deformity trupu a horních končetin. Spasmy nastávají pod poraněním míchy, kde nepoškozená inervace a příslušné nervy jsou schopné převádět

vzruchy z těla zpět pouze do míchy, ale ne až do mozku. Z toho důvodu pošle mícha zpátky signály do příslušných svalů, ve kterých dojde k záškubům jak v končetinách, tak i na trupových svalech.

O spasmech hovoříme jako o reflexních pohybech, které trvají kratší dobu v sériích. Spasmy patří k běžným jevům doprovázející postižené tetraplegiky a paraplegiky s vysokým stupněm postižení. Čím déle je pacient po úraze, tím je méně častý výskyt těchto spasmů, do 2 let od úrazu bývá jejich výskyt nejčastější a spasmy jsou silnější. Na druhou stranu tetraplegik i paraplegik může spasmy využít v určitých aktivitách, jako je změna polohy i přesuny, kdy se naučí sám spasmus „vyprovokovat.“ I tak ale nelze říci, že jsou spasmy nějakým způsobem užitečné. Při příliš silné spasticitě nejdou postiženému pacientovi vykonat základní úkony sebeobsluhy. (1, 4, 5, 6)

Je třeba zmínit ovlivnitelnost spasticity, jelikož může být pro postižené velkým problémem. Je několik způsobů, jak toho lze docílit. V první řadě jsou to medikamenty a jejich kombinace pro zesílení účinku. Dalším podstatným způsobem jsou různé rehabilitační techniky (viz kapitola „Rehabilitace, Rehabilitační ošetřovatelství“). Nesmíme zapomínat ani na pravidelné protahování svalů, které mají tendenci ke zkracování. I zmíněnou vertikalizací můžeme napomoci k řešení daného problému spolu s protahováním a zatěžováním určitých spastických svalů. Pacienti by neměli zavrhnout ani veškerou fyzickou aktivitu, například ve formě jízdy na speciálním kole, tzv. handbiku nebo na vozíku. V souvislosti s jízdou na vozíku souvisí i správné a symetrické sezení na vozíku s rozložením tlaku na sedacích partiích a zádové opěrce. S tím spojené včasné korekční polohování do dlah, které může pomoci se vznikem spasmů. V oblasti gastrointestinálního systému je důležité pravidelné vyprazdňování střev. V neposlední řadě by se měl pacient naučit včas objevit různé zdroje dráždění jak v těle, tak i na kůži, aby zamezil jakýmkoli možným problémům, které by způsobily komplikace jeho stavu.

Na závěr k tomuto tématu se zmíním o léčbě spasmů. V situacích, kdy by byla spasticita příliš omezující a úporná, přistupujeme k implantaci baclofenové pumpy, kdy jde o vpravení léčebné látky katétrem do míšního kanálu pacienta v pravidelných intervalech, tato látka způsobí zmírnění projevů spasticity. (1, 3, 4, 9)

Řídnutí kostí a zlomeniny

Pacienti po poškození míchy tráví několik týdnů na lůžku, než je možné začít s vertikalizací do sedu. V tomto období absence jakékoli zátěže kostí dolních končetin dochází k jejich odvápnování (osteoporóze). Do jednoho roku od úrazu se stav stabilizuje. Důsledkem osteoporózy je hlavně zvýšené riziko vzniku jakýchkoli zlomenin. Stačí malý pád z vozíku. Na vině může být jak zdravotník, tak i pacient sám, kdy se mu může noha zaklínit pod vozík. Lékaře je nutné navštívit po objevení otoku a zvýšené spasticitě (viz kapitola „Spasticita“) nebo po projevení autonomní dysreflexie (viz kapitola „Kardiovaskulární systém“). Je nutné operační řešení, dlouhodobá fixace by pacientovi ještě přidala na dalším problému, jako jsou například dekubity (viz kapitola „Osifikace“ a kapitola „Dekubity“). (1, 3, 4, 5)

Popáleniny a omrzliny

Riziko vzniku kožních oděrek, popálenin nebo omrzlin je po ztrátě citlivosti u pacientů trvale zvýšené. Lidské tělo za normálních okolností dokáže regulovat tělesnou teplotu a přizpůsobit se tak horku nebo chladu. U postižených pacientů se často objevují popáleniny od různých horkých nápojů, které převáží na klíně nebo popáleniny vzniklé od topných těles a otevřených ohňů. Jejich kůže je totiž mnohem citlivější, v souvislosti s horším prokrvením, na jakékoli poranění. Měli bychom si uvědomit, že jakýkoli hrnek, který nám se zdá pouze teplý, postiženému pacientovi může způsobit až popáleniny nebo puchýře. Tak je tomu i u otevřeného ohně, který může způsobit postiženému až popáleniny na končetinách, i když nám teplota ohně přiměřeně vyhovuje. Pacienti nejsou schopni regulovat změnu teploty pocením, a proto jsou často ohroženi přehřátím organismu, jako je například úžeh nebo horečka.

Na druhou stranu i chladné počasí může postiženému dost ublížit. Možné nachlazení ho může omezovat v dýchání. Pakliže postižení jedinci nenosí dostatek oděvu na sobě, hrozí riziko vzniku omrzlin. Léčba těchto komplikací se shoduje s běžnou populací, ale doba hojení následků vzniklých od chladu či horka trvá delší dobu. (1, 3, 4, 5, 7, 17)

Shrnuji tedy, že jak v horkém, tak v chladném počasí je třeba, aby pacienti dodržovali určité zásady. V horku aby se snažili vyhýbat přímému kontaktu se sluníčkem, aby měli u sebe například rozprašovač s vodou a hlavně pili dostatečné množství tekutin.

V chladném počasí je nejdůležitější dostatečná vrstva oblečení, lepší je mít více než méně. Vhodným a šikovným doplňkem by mohly být termovložky do bot, které jsou na baterie. Nejpodstatnější by měly být rady a doporučení od nás (zdravotníků), aby se postižení pacienti snažili vyhýbat teplým radiátorům, horkým nápojům apod. (1, 4)

6.3 Bolest a její léčba

Bolest se může objevit u pacientů s poraněním míchy ve všech 4 stupních. Vykytuje se v různých formách a místech na těle. Pacienti pocítují v počátcích bolest v místě poranění nebo operačního zpevnění. U některých pacientů však bolesti přetrvávají dlouhodobě a komplikují jeho stav.

Bolest může být buď nociceptivní, nebo neuropatická. Nociceptivní bolest vzniká při přetěžování určitých svalů při přesunech a jízdě na vozíku, nebo pochází od vnitřních orgánů. Neuropatická bolest vychází z nervových struktur, které jsou poškozené, z míchy nebo míšních kořenů a její lokalizace je špatná (viz Příloha 7). Způsobit jí může špatná pozice sedu a jizvy po špatně zhojených dekubitech. Léčba je možná pomocí antiepileptik či antidepressiv. (1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 17, 22)

7 Rehabilitace, Rehabilitační ošetřovatelství

Rehabilitace je nevyhnutelnou součástí léčebného procesu u každého plegického pacienta, je proto potřeba jí věnovat dostatek času.

7.1 Léčebná rehabilitace

Bezprostřední začátek je ihned po vzniku míšního poranění a následuje dále po dobu několikaměsíční hospitalizace. V určité formě pokračuje po propuštění do domácího prostředí. Cílem této rehabilitace je snaha o maximální obnovu postižených funkcí a zároveň co nejlepší využití zbylého svalového potenciálu a tím vytvořit náhradní mechanismy k dosažení co nejvyšší úrovně soběstačnosti a také zvýšit kvalitu života pacienta. Součástí rehabilitačního procesu jsou především rehabilitační ošetřovatelství, ergoterapie a fyzioterapie. (1, 4, 5, 6, 7)

7.2 Léčebný rehabilitační pobyt na spinální jednotce

Léčebná rehabilitace je zásadní při pobytu pacienta na spinální jednotce. Léčba začíná ihned po poškození míchy. Velkou roli zde hraje rehabilitační ošetřovatelství, kdy sestry společně se sanitáři pečují o pravidelné polohování pacientů (měnit polohu pacienta každé 3 hodiny). K tomu využívají antidekubitní polohovací pomůcky, pomocí kterých vypořádají nebo odlehčí riziková místa vzniku dekubitů. Polohování je důležité u všech skupin postižených pacientů. Ani nejvyšší antidekubitní matrace nezabrání vzniku dekubitů, pokud nebudeme pacienty pravidelně polohovat. (1, 3, 4, 6, 7, 20)

Obsahem každodenního léčebného programu je fyzioterapie (neurofyzioterapie) a ergoterapie. Fyzickou zátěž a léčebné techniky volíme podle aktuálního zdravotního stavu pacienta. Pacienti absolvují dvě cvičební jednotky denně s fyzioterapeutem. Ke cvičení využívají rehabilitační přístroje (MOTOmed, Lokomat), nacvičují vertikalizaci do sedu i stoje, dále je prováděna fyzikální terapie a ergoterapie. Ve fyzioterapii se věnuje velká pozornost dechovým funkcím a nácviku vykašlávání u všech skupin pacientů. Podstatné je to u pacientů skupiny 1, kdy se pacienti odnaučují od přístrojového odsávání hlenu z dýchacích cest (viz kapitola „Respirační systém“). Pro prevenci zkrácování svalstva, které je potřebné při pohybu a k veškerým úkonům k sebeobsluze, zařazujeme do každodenní léčby pasivní pohyby trupu a také v kloubech postižených končetin. Pacienti

provádí jak aktivní, tak pasivní cvičení, které probíhá na neurologickém podkladě (například centrace kloubů, Vojtova reflexní lokomoce, Bobath koncept). Tyto techniky podporují aktivní zapojování svalů trupu a horních končetin do opěrné a posturální funkce (stabilita těla ve vyšších polohách). (1, 3, 5, 6)

Neurofyzioterapie je nutná pro obnovu manipulační a zároveň opěrné funkce obou horních končetin, pomocí tohoto cvičení bude pacient schopen se přesunout z místa na místo a změnit polohu svého těla. Trénování stability těla vsedě s sebou přináší spoustu trpělivosti a úsilí jak ze strany postiženého pacienta, tak i fyzioterapeuta. Je ovšem velmi zásadní v nácviích pro přesuny. Na spinálních jednotkách dochází k prvnímu usednutí postiženého pacienta na vozík a s tím spojené ortostatické hypotenzi (viz kapitola „Kardiovaskulární systém“). Aktivní svaly jsou posilovány pomocí rehabilitačních pomůcek jako například pružných tahů, míčů, válců a balančních pomůcek.

V začátcích je úkolem ergoterapeuta a fyzioterapeuta naučit pacienta základní úkony sebeobsluhy. Do té patří nácvik komunikační dovednosti, oblékání, jedení, osobní hygiena, změny polohy, přesuny, ovládání vozíku a další jiné dovednosti. S těmito úkony blízce souvisí nácvik náhradního funkčního úchopu a užívání kompenzačních pomůcek. V tomto období je potřeba pacienty informovat o důležitosti v úpravách domácího prostředí, které musí být bezbariérové. Tyto informace zajišťuje sociální pracovník spolu s ergoterapeutem. Důležitá je také spolupráce s rodinou pacienta, která nese situaci svého blízkého někdy hůře než pacient sám. Společně je třeba zvládnout možnost pobytu v domácím prostředí, dále možnost dalšího případného studia nebo zaměstnání. Podstatná je seberealizace a uplatnění se jako plnohodnotný partner v sociálních rolích i aktivitách. (1, 3, 7)

7.3 Funkční ruka

Horní končetiny zaznamenají vždy nějaký funkční deficit související s výškou a rozsahem míšní léze. V průběhu jednotlivých období se může rozsah motorické, senzitivní a vegetativní léze po poškození míchy komplikovat dalšími důsledky poruchy funkce míchy, jako je spasticita, otoky, bolest a také dekubity. Tyto komplikace mohou způsobit další funkční omezení a bránit tak úspěšné rehabilitační péče o postižené pacienty, kdy se snažíme o získání maximální úroveň funkční nezávislosti. Cíle pacientů jsou individuální, každý pacient si stanoví své priority a limity. (1, 2, 5, 6)

Péče o zmíněné horní končetiny a obzvláště o vlastní ruku pacienta je v popředí kompetencí ergoterapeutů, kdy zároveň spolupracují s fyzioterapeuty a ošetrovatelským personálem, lékaři i rodinou pacienta. Dosažením úchopové ruky u postižených pacientů skupiny 3 a 4 je výsledkem práce týmu. K možnosti dosažení funkčního úchopu ruky je potřebné, aby horní končetiny byli dostatečně funkční. Pacient by měl být schopen je udržet ve vzpřímené poloze a také ve stabilní poloze v sedu na vozíku. (viz Příloha 6). Podstatou je dosažení tzv. tenodézy-mírného stažení ohýbačů prstů, jestliže uvolní zápěstí dlaní dolů, prsty se vlivem svalového napětí natahovačů prstů natáhnou, opačně se aktivním zvednutím ruky v zápěstí prsty pasivně sevrou do dlaně. Stažení určitých ohýbačů prstů musí být mírné a vratné. (viz Příloha 8). Stažení lze podpořit včasným polohováním do tzv. rukavic nebo pomocí molitanových míčků vyvázat v dlani. S polohováním souvisí návazný funkční trénink, při kterém se pacienti učí jiným (náhradním) způsobům úchopů předmětů, které mají různou velikost, povrchové struktury i hmotnost. Všichni pacienti se postupně učí uchopit předmět, udržet ho v ruce a poté ho pustit. (1, 2, 5)

7.3.1 Aktivní funkční ruka

Aby byl pacient schopen osvojení aktivní úchopové ruky, je třeba mít dobrou sílu svalů-zvedačů zápěstí, kdy postižený pacient s míšní lézí od C6 a níže je schopný pomocí výše zmíněného úchopu vykonat tento pohyb. Je možné pacienty naučit čtyřem typům úchopů-válcovému, klíčovému, meziprstnímu a dlaňovému. (1, 2, 5, 6)

7.3.2 Pasivní funkční ruka

Pacienti s míšní lézí C5 (tedy skupina 2) nejsou schopni aktivní hybnosti v zápěstí. Tento problém lze vyřešit zpevněním v mírném zvednutí pomocí ortézy, která pacientovi pomůže ruce funkčně využívat. Díky tomu je schopen předměty uchopit mezi obě ruce, které jsou zpevněné ortézami. V jiném případě můžeme využít například dlaňových pásek, které spadají mezi kompenzační pomůcky.

Výsledky rehabilitace jsou u všech 4 skupin postižených pacientů odlišné. Pacienti skupiny 1 nejsou schopni vykonat žádnou formu náhradního úchopu, mají nulové fyzické zdroje horních končetin. Tito pacienti mohou ovládat své okolí pomocí ústní tyčky tzv. mouthsticku, také pomocí počítače, který řídí robotický systém a elektronické zařízení. U skupiny 2 si mohou pacienti osvojit úchopovou funkci ruky, která je závislá na síle

zvednutí zápěstí, mají minimální fyzické zdroje, klíčovým svalem je m. biceps brachii (viz kapitola „Skupiny/stupně postižení“), zároveň je trápí slabé extenzory zápěstí. Tato skupina postižených pacientů preferuje bilaterální úchop (tedy oběma rukama). Potřebná je často i fixace zápěstí pomocí dlažek a využití kompenzačních pomůcek pro usnadnění základní sebeobsluhy, mluvíme tedy o pasivní funkční ruce. Pacienti skupiny 3 mají zajištěný náhradní úchop „tenodézou“ flexorů prstů a funkčními extenzory zápěstí. Mají částečné fyzické zdroje a klíčový sval je m. extensor carpi radialis, v tomto případě mluvíme o aktivní funkční ruce. Tito pacienti mají funkční úchopy pěstní, klíčové, válcové i meziprstní (viz kapitola „Aktivní funkční ruka“). Jako poslední je skupina pacientů skupiny 4, u těchto postižených jedinců je dobrá úchopová funkce ruky, problém je ovšem v nedostatečném pohybu palce, který je potřeba při dalších způsobech jemných úchopů. (1, 2, 5, 6, 24)

7.4 Šlachové transfery

Šlachové transfery jsou důležité k poskytnutí náhradní motorické funkce ochrnutým svalům. Přenos této šlachy určitého aktivního svalu, který je převeden na sval ochrnutého svalu může postiženým pacientům pomoci zlepšit aktivní funkci celé horní končetiny a v souvislosti s tím i zlepšit samotnou úroveň soběstačnosti pacienta. Předpokladem tohoto fungování je v první řadě motivace pacienta, dále pečlivé vyšetření, výběr vhodného typu transferu a především rehabilitace.

Šlachové transfery lze provést u pacientů skupiny 2, 3 a 4. V těchto skupinách mají pacienti dostatečně silné svaly pro přenos šlachy. Zároveň je nutné zařídit, aby nebyla ohrožena žádná z dosažených funkcí. Tento způsob přenosu je doporučován u pacientů, kteří jsou více než rok po vzniku míšní léze. To jsou ti pacienti, kteří dosáhli maximální úrovně soběstačnosti a již u nich nedochází k výraznému zlepšení hybnosti a jejich psychický stav je stabilizován. Fyzioterapeut by měl pacienty informovat o možných doporučeních, díky kterým lze zachovat dobré funkce horní končetiny. (1, 2, 5)

7.5 Komunikační dovednosti

Pro každého je důležité si povídat, zpívat si, zamávat na někoho, vzájemně se pozdravit nebo někoho pohládit. Pacienti, kteří jsou dočasně nebo trvale na ventilační podpoře tuto možnost buď vůbec nemají, nebo ji mají jen v částečné míře. Pacienti skupiny

1 mají poruchu jak verbální, tak i nonverbální komunikace. Všechny zbylé skupiny pacientů mají především porušenou jen nonverbální komunikaci. Z toho důvodu existuje spousta technických pomůcek používaných pro komunikaci. Díky nim mohou postižení jedinci opět najít cestu, s níž budou opět schopni nějakým způsobem komunikovat s druhými.

U skupiny 1 pacienti píšou na PC pomocí úst nebo hlasu, mívají dotykový monitor na počítači a různé držáky na mobil. Celkově je nutno pacientovi této skupiny upravit celé pracovní místo. Mezi pomůcky pro pacienty skupiny 2 patří tyčka s gumovým nástavcem, dlaňová páska, rukavicový návlek a ortéza pro zpevnění zápěstí. Zde je nutná asistence při přípravě pomůcek. Pacienti skupiny 3 a 4 plně využívají horní končetiny, jsou schopni si vzít pomůcku do ruky nebo ovládat počítač. Asistence u těchto pacientů je minimální. Dále mohou používat mobilní telefon dotykový nebo tlačítkový, podle potřeb každého jedince lze přidat k mobilu i šňůrku na krk pro snadnější uchopení. Bez jakékoli pomůcky jsou tito pacienti schopni psát pouze fixou či kuličkovým perem. (1)

7.6 Používání mechanického vozíku

Trénink je důležitý pro správné využívání vozíku včetně co nejmenší vynaložené námahy. K efektivnímu využívání funkční kapacity horních končetin je potřeba obstarat vhodný vozík, který bude variabilní a lehký s možnostmi nastavení jednotlivých příslušenství. Pro co nejlepší ovladatelnost vozíku je důležité správné nastavení jeho těžiště. Pro lepší stabilizaci pacienta je lepší dodat k vozíku i stabilizační kolečka. (1, 5)

7.7 Propulzní vzor

Propulzní mechanikou nazýváme ovládání vozíku horními končetinami. Propulzní vzor je tedy způsob pohybu paží při pohonu velkých kol vozíku. Při nevhodném provádění jsou přetěžovány svaly a klouby pacienta, proto je podstatná edukace ze strany ergoterapeuta i fyzioterapeuta. Pacienti by měli mít na vozíku pogumované obruče a měli by nosit rukavice, které budou s přilnavou vrstvou v dlani, která zkvalitní úchop a také zlepší ochranu rukou u pacientů.

Je potřeba zdůraznit 2 fáze propulzního vzoru. První je fáze aktivační, kdy pacient tahá za obruče ze zapažení na vrchol dané obruče, poté tlak od vrcholu obruče směrem

k zemi a rukama se pouští obručí. V tuto chvíli nastává druhá fáze a to fáze relaxační, dochází k uvolnění paží a znovu k úchopu obručí v zapažení (90° kontaktu ruky s obručí). Nejvíce používané je u pacientů tzv. pumpování-pohon krátkými tahy, kdy pacient uchopí svým náhradním způsobem obruče na jejich vrcholcích a zároveň pootočí koly tlakem na obě obruče (50° kontaktu ruky s obručí). Tento propulzní vzor je špatný. Pacienti se více hrbí, vnitřně rotují ramena, ramenní klouby jsou ve špatném postavení a jsou přetěžovány i včetně příslušných svalů. Tímto způsobem jsou pacienti i více energeticky vyčerpáni. (1, 5)

7.8 Nácvik autokatetrizace

Nácvik autokatetrizace je nutností u pacientů skupiny 3 a 4. Autokatetrizace není pro pacienty lehká, ale naučit se samostatnému cévkování je zásadní. Zpočátku mají tito pacienti obavy a jsou skeptičtí z důvodu velkého pohybového omezení horních končetin. Cévkování je způsob, kterým se může pacient přiblížit k běžnému rodinnému životu. Nemusejí být závislí každé 3 hodiny na asistenci druhých, budou schopni dojíždět do práce i sportovat. Všichni pacienti začínají s nácvikem již na spinální jednotce, ale někteří z nich v ní musejí pokračovat i v rehabilitačních ústavech nebo například po vyndání epicystostomie na příslušné spinální jednotce. Těmto dovednostem se mohou pacienti učit i v Centru Paraple.

Nácviky autokatetrizace řídí ergoterapeut s využitím příslušných kompenzačních pomůcek. Dobrý funkční potenciál horních končetin je předpokladem k úspěchu. Dále je důležitá motivace pacienta k osamostatnění se a zároveň i k volně průchozí močové trubici. Potřebné jsou upravené kalhoty s dlouhým zipem až k rozkroku nebo s volnou gumou v pase u mužů, kteří nejsou schopni se svléknout. Ženy to mají o dost těžší. Obvykle je potřeba přesunuté se na lůžko v případě, když nemají zavedenou urostomii. Cévkování se neobejde bez svlékání dolní poloviny těla, tréninku pánve na vozíku, výměny inkontinenčních pomůcek a dalších pomůcek, které jsou velmi důležité. Do těchto pomůcek řadíme tzv. ergohand a kleštičky k zachycení cévky, zrcátko v případě žen, držáky na stažené kalhoty, pomůcky nutné k udržení roztažených nohou, bažant apod. Pacienti preferují při cévkování hydrofilní katétry, které jsou potažené gelem a jejich funkční schopnosti horních končetin jsou dostačující pro zavedení tohoto katétru. Později

se pacienti učí cévkovat v různých situacích a to buď vleže, vsedě na vozíku nebo v autě i při sportu. (1, 3)

7.9 Rehabilitační ošetřovatelství

Je v kompetenci zdravotní sestry, v případě domácí rehabilitace tuto úlohu přebírá sestra domácí péče, rodina nebo osobní asistenti. Jejich hlavním úkolem je pravidelné polohování pacientů vleže i vsedě na vozíku, dále dodržování zásad v péči o kůži a předcházet tak vzniku dekubitů-proleženin a prosezenin. Radíme sem také nácvik šetrných přesunů a manipulace s ochrnutými částmi těla. V souvislosti s tím je důležitá také péče o čistotu pacienta a udržení průchodnosti dýchacích cest u pacientů s vysokou krční lézí. (1)

7.10 Fyzioterapie

Jejím cílem je maximální podpora v návratu pohybových funkcí. Hlavně se zaměřuje na posílení zbytkového funkčního svalstva horních končetin a trupu. Důležité je získat stabilitu v sedu i v nižších polohách s využitím správných opor o horní končetiny pacienta. Současně je důležitý nácvik mobility na lůžku, ve vozíku a nácvik přesunů s včasnou vertikalizací. Fyzioterapie se snaží ovlivnit a využít spasticitu (viz kapitola „Spasticita“). Fyzioterapeut využívá při své práci různé rehabilitační metody, například již zmíněná Vojtova reflexní terapie, DNS bazální programy a podprogramy, Bobath koncept aj. Mimo programy je potřeba využít i některých pomůcek jako třeba míče, válce, pružné tahy, labilní plochy a Record systém. Základními rehabilitačními přístroji jsou MOTOMed, vertikalizační stoly a stojany. K podpoře návratu pohybových funkcí se využívá funkční elektrostimulace a využití Lokomatu pro nácvik chůzového stereotypu. Mezi pacienty oblíbené cvičení ve vodě-aquaterapie, kdy se využívají fyzikální účinky vodního prostředí. Tento cvičební program lze doplnit fyzikální terapií jako je magnetoterapie, elektroléčba, antiedematózní léčba a vířivka. (1, 2, 3, 4, 5, 6, 20)

7.11 Ergoterapie

V ergoterapii se snažíme o dosažení maximální úrovně soběstačnosti paraplegika i tetraplegika. Ergoterapeut učí pacienty jak používat pomůcky pro sebeobsahu. K tomu se používá skluzná deska pro přesuny, dlaňová páska pro jídlo, psaní a čištění zubů i při

nácviku samostatného nebo asistovaného přesunu na lůžko, do auta i na WC nebo na sprchovou sedačku. (1, 2, 4, 6, 20)

Ergoterapií lze vytvořit náhradní funkční úchop u všech pacientů. Zároveň se trénují náhradní úchopy (klíčový, válcový). Při funkčním tréninku se učí spinální pacienti samostatné mobilitě (posadit se, otočit se na lůžku, posouvat se). Pacienti trénují jízdu na vozíku jak v interiéru, tak i v exteriéru. Důležitý je správný propulzní vzor. Zkouší ručně ovládat řízení automobilu. Do dalších kompetencí ergoterapeuta patří poradenství o různých úpravách oblečení, díky kterým bude pacient samostatný při oblékání a cévkování. Dále se pacientům sdělí možnosti bezbariérových úprav v jejich domovech a zároveň i v pracovních prostředích pacientů. (1, 2, 3, 4, 6)

7.12 Fyzioterapeut a ergoterapeut

Jejich úkolem je pomoci pacientovi s výběrem vhodného vozíku včetně antidekubitního sedacího polštáře. Dále je nutné sledovat a upravovat pozici pacienta v pozici sedu na vozíku i ve využívání horních končetin při jízdě. Správná pozice pacienta a využívání horních končetin k jízdě na vozíku je základem pro aktivní způsob života. Z hlediska primární a sekundární prevence funkčních a strukturálních deformit končetin je podstatná vzpřímená a symetrická pozice trupu a správné postavení dolních končetin. Tím předejdeme vzniku dekubitů (viz kapitola „Dekubity“) a různým otlakům v žeberních obloucích a trnech obratlů. V neposlední řadě správný sed podporuje stabilitu sedu a funkčnost horních končetin. V souvislosti s tím je výdrž během dne větší a také dochází k podpoře respirační funkce. (1, 2, 4, 6)

7.13 Sociální rehabilitace

Ta probíhá již během hospitalizace na spinální jednotce nebo v rehabilitačním ústavu. Smyslem této rehabilitace je připravit člověka s handicapem na život a motivovat ho k hledání cest, kterými by dosáhl opět aktivního života se svými blízkými a ve svojí komunitě. Dalším cílem je získat u pacientů maximálně možnou soběstačnost v domácím prostředí, při cestování, v zaměstnání i ve sportu. Existují různé programy a akce, díky kterým jsou pacienti motivováni k aktivnímu zapojování do sportovních, společenských i pracovních aktivit. Mezi organizace a sdružení, které tyto programy zajišťují, patří Česká

asociace paraplegiků-CZEPA, Centrum Paraple v Praze, ParaCENTRUM Fenix v Brně nebo Křižovatka handicap centrum v Pardubicích. (1, 4, 6)

7.14 Psychologická péče

Tato péče pomáhá usnadnit dlouhodobý proces adaptace na změněné jak zdravotní, tak fyzická omezení. U každého jedince je tato péče individuální. Ve spinálních jednotkách i rehabilitačních ústavech je psycholog nutnou součástí týmu a pečuje o pacienty. Pomáhá pacientovi a jeho blízkým přijmout tuto těžkou situaci. Zároveň je úkolem psychologa pomoci pacientovi uvědomit si skutečnost určitého handicapu, který má, a také schopnost přijmout své „nové“ tělo s určitými změnami a omezeními. Postižení, které má pacient, by nemělo být stále středem pozornosti pro něho samotného. Podstatným úkolem celého zdravotnického týmu je neustálá motivace pacientů k hledání nových životních hodnot. (1, 2, 4, 5)

7.15 Následná rehabilitace

U spinálních pacientů by měla být poskytována dlouhodobá a systematická rehabilitační péče zakomponována do zdravého životního stylu každého z vozíčkářů. V případě jak paraplegika, tak i tetraplegika je nutné si s příslušným fyzioterapeutem vytvořit dlouhodobý rehabilitační program, ve kterém bude zahrnuto pravidelné a cílené cvičení, včetně dalších režimových opatření. Všechny body rehabilitačního programu by měly být začleněny ve studijních i pracovních aktivitách pacienta.

Úkolem fyzioterapeuta by měla být kontrola pravidelného pohybového režimu, který by měl být součástí každodenních aktivit každého pacienta. Je potřebná i edukace rodiny a pracovníků domácí péče nebo charit o nutnosti dodržení každodenního použití vozíku. Závisí to na udržení fyzické kondici pacienta a zároveň i na dlouhodobé práci v získání samostatnosti například při nočním polohování, přesunech nebo u postižených pacientů k provedení autokatetrizace. Cílené cvičení je důležité z důvodu průběžného ovlivňování negativních důsledků ochrnutí, například velká spasticita, zkracování svalů, stranové svalové dysbalance související s následně špatnou pozicí sedu, otoky, artrózou, záněty šlach apod. (viz kapitoly „Zdravotní důsledky a komplikace poškození míchy v krční oblasti“). (1, 3, 4)

Při propuštění z rehabilitačních ústavů je u paraplegiků dosažena soběstačnost. V případě tetraplegika je maximální stupeň funkční aktivity dosažen při systematickém tréninku po 1,5-2 letech od vzniku míšní léze. S tím souvisí používání nezbytných kompenzačních i technických pomůcek. Lze v tomto období u tetraplegiků uvažovat o chirurgickém řešení ke zlepšení hybnosti na horních končetinách prostřednictvím šlachových transferů. V ČR má tato metoda desetiletou historii s výbornými výsledky. Jde o chirurgickou rehabilitaci, kdy se jedná o napojení šlachy inervovaného aktivního a silného svalu na šlachy svalů, který je degenerovaný. V důsledku toho získá tetraplegik novou funkci- silové úchopy, aktivní extenzi lokte a především nové dovednosti. V případě paraparetiků a tetraparetiků (pacienti s neúplnou lézí) je potřebná návazná odborná fyzioterapie po dobu jednoho roku po propuštění z rehabilitačního ústavu. U paretiků je nutné pracovat na zlepšování síly jednotlivých svalů, stabilitě sedu a také stoje a trénování chůze. V souvislosti s krční inkompletní lézí se může objevit spasticita, rigidita a svalová dysbalance. Tyto problémy mohou vést ke korekčnímu dlahování nebo botulotoxinové injekce do určitých spastických svalů. Pravidelným cvičením je tedy možno dosáhnout nemalých a nečekaných výsledků, které pacienta s postižením posouvají za hranice jeho vlastních fyzických možností. Ze strany zdravotníků je potřebná pravidelná kontrola správného sedu jako prevence jakýchkoli zdravotních potíží (viz kapitola „Fyzioterapeut a ergoterapeut“). Pokud je nutný opakovaný pobyt v zařízení, lze tak učinit na spinální rehabilitační jednotce daného rehabilitačního ústavu. Specializaci pro tuto rehabilitaci mají především neziskové organizace. (1, 3, 4)

V jejich týmu jsou zaměstnáni i tetraplegici jako tzv. motivátoři, kteří jsou instruktory soběstačnosti a sami na sobě ukazují způsoby zvládnutí a dosažení dovedností, které vedou k soběstačnosti ostatních postižených pacientů. Mezi tyto organizace patří již zmíněné organizace Centrum Paraple v Praze, ParaCENTRUM Fenix v Brně poskytuje ambulantní rehabilitaci, dále velmi důležitá Česká asociace paraplegiků-CZEPA v Praze. Sdružení CZEPA mimo jiné také mapuje další ambulantní a bezbariérové rehabilitace v ČR. Zmíněnou rehabilitační ambulantní péči navrhne a doporučí ošetřující lékař, ke kterému dochází pacient na pravidelné kontroly jeho zdravotního stavu. To může být praktický lékař pro dospělé, pro děti a dorost, dále specialisté jako rehabilitační lékaři, internisté, ortopedi, logopedi apod. Na indikovanou fyzioterapii a ergoterapii je předepsán poukaz, který je platný 7 dní. Délka rehabilitace je buď na 5,6 a 10 procedur a taktéž je

stanovena lékařem. Může být předepsána i na časové období a to po dobu 3 týdnů nebo i na měsíc. Průkaz lze prodloužit po kontrole, kdy pacient dochází k lékaři po vybraných procedurách a v odůvodněných případech lékař poukaz prodlouží. (1, 4)

8 Změny a úpravy v domácím prostředí

Jak by se jiným mohlo zdát, že několika měsíční pobyty pacientů na spinálních jednotkách a poté v rehabilitačních centrech budou dostačující, aby se vše potřebné naučili a mohli tak znovu začít žít plnohodnotně, není tomu tak. Bývá to jen u málo postižených jedinců, kteří jsou zdatnější. Nejenže tetraplegika a paraplegika čekají různá režimová opatření a jiná fyzická zátěž, ale součástí jsou i potřebné úpravy v domácím prostředí. Pro maximální využití pohybových dovedností musí postižený pacient pokračovat i nadále v rehabilitaci, konkrétně s ergoterapií, kterou využije v doladování úprav jak doma, tak v práci.

V první řadě je nutné zvětšit manipulační prostor k jízdě na vozíku. S tím souvisí odstranění všech překážek, jako jsou prahy, volné koberečky, úzké dveře apod. Vše zmíněné by pacienta omezovalo v běžných denních činnostech a zároveň při cvičení pacienta na žíněnce apod. Další úpravy se týkají koupelny a WC. Na WC je potřebné mít více prostoru pro vykonávání cévkování a samozřejmě i vyprazdňování stolice, aby tak pacient nemusel provádět vyprázdňování vleže nebo v toaletním křesle v ložnici.

Všechny tyto nevyhnutelné úpravy v domácím prostředí jsou finančně náročné pro každého z pacientů a je potřeba, aby byli informováni o možnostech finančního příspěvku. Pro tyto rady jsou pacientům k ruce zdravotně-sociální pracovníci, kteří jim sdělí, na které instituce se mají obrátit. Jinou, za to důležitou, pomocí pacientům v domácím prostředí je pomoc sester z agentur HomeCare nebo i z jiných organizací, které poskytují osobní asistenci. Podmínkou jejich služeb je nutnost určitých úprav v domácím prostředí, jako je zvedák do vany, sprchový vozík a sedačka do vany. Ke zvýšení soběstačnosti v kuchyni pacientů se doporučuje úprava kuchyňské linky. Obvykle se stává, že tetraplegik i paraplegik zůstávají v domácím prostředí a pracují z domova. (1, 3, 4, 5, 12)

Výše jsem zmínila pokračování rehabilitace v domácím prostředí. Buď cvičí pacient samostatně, nebo za ním pravidelně dochází rehabilitační pracovník a kontroluje, zda cvičí správně a popřípadě mu pomáhá některé cviky vykonat. Samozřejmě aktivní zapojení všech příbuzných a známých pacienta je zahrnuto. Vše to, co je postiženému pacientovi sdělováno během pobytu v léčebných centrech, musí v domácím prostředí zvládat bez pomoci druhých. Ať už jde o polohování v noci, přesuny a odlehčování partií těla. Jsou více než mnohokrát informováni o všech možných komplikacích, které by mohly

nastat, při nedodržení prevencí ve všech zmiňovaných oblastech (viz kapitola „Možné komplikace“). (1, 12)

8.1 Kompenzační a technické pomůcky

Můžeme je rozdělit podle hlediska účelu jejich použití (druhu pomůcky) a z hlediska úhrady. Pomůcky hrazené plně nebo částečně z veřejného zdravotního pojištění jsou psány v Seznamu zdravotnických prostředků. Jsou rozděleny do 17 skupin, kdy každá z pomůcek (prostředků) má svůj přidělený kód, zároveň i preskripční omezení a užitnou dobu včetně limitace výšek úhrad. Na „Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku“ je místo pro vypsání pouze jedné pomůcky. V době uplynutí směrné užité doby nevznikne automaticky nárok pojištěnce na pomůcku novou, ale toto rozhodnutí záleží na lékaři. Jestliže se jedná o pomůcku technickou, musí její stav posoudit servisní technik společnosti, od které si pacient pořídil danou pomůcku. Poukaz na tyto pomůcky je platný 30 dní. (1, 4, 5, 12)

8.2 Ortopedický vozík

Užitná doba je cca 5 let. Jedná se o jednu z nejdůležitějších pomůcek, které bude pacient potřebovat dennodenně. Důležité je zvolit správný typ vozíku s možným nastavením. Vozíky jsou děleny podle určitých parametrů do několika kategorií. První kategorií je volba mezi vozíkem mechanickým a elektrickým. Mechanické vozíky se dále dělí do dalších podskupin. Každý typ vozíku je určen pro daný typ postižení. K vhodnému výběru vozíku by měli pomoci ergoterapeut s fyzioterapeutem. Ale rady podávají i zkušení vozíčkáři druhým vozíčkářům. Před konečným objednáním by si pacient měl konkrétní vozík vyzkoušet v jeho každodenních činnostech jak v interiéru, tak i v exteriéru. Ohledy je nutno brát i po stránce finanční. V případě nedostatku je možno oslovit některou z existujících nadací (viz kapitola „Sociální rehabilitace“). (1, 3, 4, 5, 7, 12)

8.3 Antidekubitní sedací polštáře

Úzce souvisí s pořízením vozíku. Užitná doba je zhruba 3 roky. Antidekubitní polštáře-tzv. podsedáky je třeba vybírat velice pečlivě z důvodu možného vzniku dekubitů. Jeho výběr by měl probíhat ve stejnou dobu jako s pořízením vozíku. Opět existuje řada typů polštářů, například vzduchové, pěnové, gelové a kombinované. Vozíčkářům je často

doporučován kompromis mezi antidekubitním účinkem polštáře a podporou pánve, která je důležitá pro pohodlí pacienta. (1, 3, 4, 12)

8.4 Pomůcky v domácnosti

Tyto pomůcky jsou základním vybavením pro plegické pacienty. Usnadňují jim tak fungování v jejich domácím prostředí, ve kterém by rádi trávili většinu svého volného času. Zároveň jim tyto všechny pomůcky „nahradí“ neustálý a potřebný dohled druhé osoby.

Polohovací lůžko

Užitná doba je stanovena na 10 let. Toto lůžko je velice důležité pro snadné a správné polohování, ošetřovatelskou péči sester, rodiny i osobních asistentů postiženého jedince. Součástí lůžka je elektricky nastavitelný rošt, který je využíván hlavně při autokaterizaci, samotném polohování nebo oblékání. A také je potřebná antidekubitní matrace, která brání vzniku dekubitů. Měkkost matrace je podstatná pro prevenci otlaků a tuhost matrace by mohla naopak znemožnit pohyb pacienta na lůžku a také polohování pacienta. V souvislosti s polohováním a pohybem pacienta je nutná dostatečně prostorná matrace s rozměry 200x90cm. Lůžko slouží také při rehabilitaci k provádění cviků, pro cévkování pacienta a pro postupnou vertikalizaci do sedu. Pomocí ložní plochy, která je nastavitelná, může pacient vykonat samostatný přesun na vozík a opačně. (1, 4, 12)

Pomůcky pro osobní hygienu

K těmto pomůckám jsou řazeny zvedáky k přesunům na vozík a do vany. Existují tři druhy zvedáků: mechanické, elektrické a hydraulické. Dále do těchto pomůcek řadíme vanové a sprchové sedačky, sprchová křesla a nástavce na WC. Užitné doby těchto pomůcek jsou stanoveny na základě jejich typu a je nutné, aby byly schváleny rehabilitačním lékařem. (1, 3, 4)

Pomůcky pro inkontinenci

Většina pacientů s poškozením míchy trpí některým stupněm inkontinence. Tito pacienti potřebují například kondomový urinál, sběrné urinální sáčky, plenkové kalhotky, vložkové pleny, fixační kalhotky, podložky nebo jednorázové močové katétry používané k intermitentní katetrizaci. Pro šetrnější používání se užívají katétry potahované

lubrikantem a s tím související proplachový systém pro permanentní katétr. Mnozí z postižených pacientů potřebují také buničitou vatou. Odborný lékař, u kterého je pacient dispenzarizován, je povinen informovat o stupni inkontinence i praktického lékaře pacienta. V této souvislosti je nutné i sdělení o množství potřebných pomůcek, které pacient využívá. Stupeň inkontinence se stanovuje podle výsledků urodynamického vyšetření. Pomůcky jsou předepisovány na dobu 3 měsíců (jeden druh pomůcek). (1, 3, 4, 12)

Zvláštní pomůcky

K těmto pomůckám spadá pořízení osobního automobilu, v kterém je potřeba ruční ovládání řízení a jsou zde nutné i další úpravy, které vyžadují montáž. Jako další do této skupiny zařazujeme stavební úpravy bytu jako je uzpůsobení koupelny a WC nebo rozšíření všech dveří. Dále pořízení schodišťové plošiny a sedačky, stropní zvedací systém nebo speciální komponenty osobního počítače. Podle Krajského úřadu práce je možné obdržet určitý příspěvek na tyto vyjmenované pomůcky. (1, 4, 5, 12)

PRAKTICKÁ ČÁST

9 Formulace problému

V současné době stále přibývá případů, kdy dochází k poranění míchy a páteře. Obvykle se tento problém týká mladých lidí, kteří příliš hazardují se svým zdravím nebo zkoušejí nějaké adrenalinové sporty, při kterých se stane tento úraz. Na druhou stranu může dojít k poškození páteře jakoukoli nešťastnou náhodou, jako je například autonehoda. Po poškození míchy dochází k dalším komplikacím, kdy postižení jedinci ztrácí kontrolu nad svým tělem jako celkem. Dalším problémem je komunikace s těmito postiženými jedinci, lidé je nedokáží zařadit mezi sebe jako rovnocenné osoby. To bývá často velký problém. Chovají se k nim s jistým očekáváním a jsou přesvědčeni, že tito pacienti potřebují neustálou pomoc. Tím ale vůbec těmto jedincům nepomáhají, právě naopak. Je potřeba, aby si pacienti znovu osvojili různé úkony ke zvládnání sebeobsluhy. Z tohoto důvodu jsou do procesu léčebné rehabilitace zařazeny veškeré nácviky jemné a hrubé motoriky, jednotlivé cviky všech svalů na těle, ale i učení se novým náhradním úkonům.

Proto se budu zabývat ošetrovatelskou péčí o tyto jedince, kteří mají podle mého zvládnout velice náročnou životní situaci, která jim od základů změní životy. Nahlédnu do jejich životů a celého léčebného procesu, kterým prošli. Na základě všech získaných informací se v souvislosti s tvorbou brožury o celkové ošetrovatelské péči pokusím edukovat laickou veřejnost a pomoci vyšetřit některé z problémů postižených pacientů. V praktické části práce se tedy ptám: „Jaká je úroveň rehabilitační ošetrovatelské péče u pacientů s postižením páteře?“

10 Cíl výzkumu

Hlavním cílem mého výzkumu je zpracovat rehabilitační ošetrovatelskou péči u pacientů s postižením páteře a tím analyzovat úroveň péče o tyto pacienty.

10.1 Dílčí cíle

Na základě hlavního cíle výzkumu stanovuji dílčí cíle týkající se konkrétních oblastí výzkumného šetření.

1. Zpracovat kazuistiky

2. Analyzovat potřeby pacientů a porovnat je v hodnocení podle Modelu funkčních vzorců zdraví dle M. Gordonové
3. Zjistit úroveň poskytování rehabilitační ošetrovatelské péče ze strany zdravotnických pracovníků
4. Navrhnout možná řešení ve změnách poskytované péče
5. Vytvořit brožuru jak pro pacienty, tak pro laickou veřejnost

11 Operacionalizace pojmů

Spinální pacienti=pacienti s poškozenou míchou

Spinální jednotka=oddělení pro pacienty s míšním poraněním

Paréza=částečná porucha hybnosti

Plegie=úplná nehybnost

Paraplegie=úplná nehybnost 2 končetin (především dolních končetin)

Paraparéza=porucha hybnosti 2 končetin (zejména dolních končetin)

Tetraplegie (kvadruplegie) =úplná nehybnost všech 4 končetin

12 Výzkumné otázky

K dosažení výše uvedených dílčích cílů stanovuji následující výzkumné otázky:

1. Jaká je subjektivní spokojenost pacientů s úrovní rehabilitační ošetrovatelské péče?
2. Jak jsou pacienti spokojeni s léčbou ve spinálních jednotkách?
3. Jak jsou pacienti spokojeni v rehabilitačních ústavech?
4. Jaké formy psychické podpory jsou využívány při poskytování péče o tyto pacienty?
5. Proč je z pohledu pacientů velmi důležitá psychická podpora?

6. Jak probíhá péče v domácím prostředí pacienta?

13 Druh výzkumu a výběr metodiky

V rámci kvalitativního výzkumu se budu hlouběji zaměřovat na potřeby pacientů, kteří budou součástí mého výzkumného zkoumání. Důležité jsou pro můj výzkum zažité problémy, komplikace a pocity, které pacienty trápily. Díky těmto důvěrným informacím bude možné tento výzkum provést.

14 Metoda

Výzkum provádím metodou zpracovávání kazuistik, tzv. case study (případovou studií). V odborné práci se zaměřím na stav pacientů v anamnéze jak osobní, tak i nynější, dále na rodinnou, pracovní i sociální anamnézu, které jsou pro můj výzkum také velmi důležité. Po získání veškerých potřebných informací od všech čtyř pacientů z obou skupin porovnáám jejich aktuální stavy a vytyčím nejpodstatnější rozdíly.

15 Výběr případu

Výběr případu byl záměrný. V rámci Centra Paraple a CZEPY mi byla poskytnuta možnost oslovit konkrétní pacienty, někteří z nich již prošli léčbou jak ve spinálních jednotkách, tak i v rehabilitačních centrech, jiní jsou velice krátce po míšní lézi. Po zdlouhavé léčbě se někteří stali součástí těchto center, ve kterých nadále pokračovali (pokračují) v důležitých krocích léčby a v současné době stále dochází do těchto center. Vybrala jsem si dva muže a dvě ženy, tito 4 pacienti budou rozděleni do dvou skupin. Budu porovnávat dva pacienty z jedné skupiny, kteří jsou velmi krátce po míšním poranění, s druhou skupinou, ve které popíši zbylé dva pacienty, kteří jsou delší dobu po míšní lézi a prošli více léčebným procesem. Všichni čtyři pacienti jsou schopni rozhovorů a souhlasili s poskytnutím důvěrných informací o jejich zdravotním stavu.

16 Způsob získávání informací

Rozhovory s pacienty jsem prováděla v klidném a příjemném prostředí. Místnost byla dostatečně prosvětlena denním světlem, dostatečně protopená a vyvětraná. Pacienti měli dostatečné pohodlí. Jednalo se tedy o osobní případovou studii, s každým pacientem zvlášť. Informace do mé odborné práce jsem získala pomocí polostrukturovaného rozhovoru (viz Příloha 2). Každý rozhovor trval zhruba 60 minut. Rozhovory probíhaly

v Centru Paraple a CZEPE. Nahrávala jsem je na diktafon značky Olympus VN-5500PC a zároveň jsem si zapisovala nejdůležitější poznámky z dialogů do formuláře s vypsánými nonverbálními projevy, který jsem sama navrhla (viz Příloha 3). Přes spolupráci s Centrem Paraple a CZEPOU mi bylo umožněno provést tyto rozhovory se čtyřmi konkrétními pacienty, kteří již prošli nějakou léčbou, byli součástí těchto center a i dnes tam stále dojíždí za odborníky. Většina kladených otázek byla otevřených, aby se pacienti rozovídali a já do jejich monologu mohla zasahovat různými dotazy pro upřesnění. V průběhu jsem pozorovala určité nonverbální projevy u pacientů, kteří mi sdělovali informace o jejich zdravotním stavu. V první části rozhovoru jsem se dotazovala na anamnézy pacientů a v té druhé jsem se zaměřila na otázky týkající se mého konkrétního tématu. Otázky, které jsem pacientům kladla, byly také inspirací z dvanácti vzorců zdraví, ze kterých se vychází při tvorbě Modelu funkčních vzorců zdraví podle M. Gordonové (viz Příloha 9), kterou použiji pro analýzu u každého z pacientů a tím zjistím, zda se u některého z pacientů objevuje dysfunkční vzorec zdraví v souvislosti s důležitými a analyzovanými oblastmi. V případech některých nejasností jsem nadále zůstala v kontaktu jak se všemi čtyřmi respondenty, tak i s vedoucí Centra Paraple a CZEPEY formou emailové komunikace a sdělením telefonních kontaktů na všechny dotyčné osoby.

17 Organizace výzkumu

Na začátku se všem pacientům představím, vysvětlím důvod našeho setkání, objasním jim, proč budu potřebovat všechny informace o jejich úrazech a změnách ve zdravotních stavech. Předložím každému informovaný souhlas k podepsání (viz Příloha 1), ve kterém jsem podrobně popsala účel všech rozhovorů a zároveň i možnost odstoupení od rozhovoru, nebo neodpovídání na některé z kladených otázek, které budou zaznamenány ve formuláři, který jsem sama navrhovala. A také se zmíním o nahrávání rozhovorů, které bude probíhat po celou dobu, na diktafon značky Olympus VN-5500PC, který je zmíněn v informovaném souhlasu. V počátku popíši anamnézu každého z pacientů. Katamnézu rozdělím do několika období. První období bude zaměřené na přívoz pacienta do spinální jednotky a průběh léčby tam, v této fázi se zaměřím na mou výzkumnou otázku číslo 2, kdy se budu dotazovat respondentů na jejich spokojenost s léčbou na této jednotce. Druhé období zaměřím na převoz pacienta do rehabilitačního ústavu a zároveň na nácviky činností pro zajištění sebeobsluhy, v rámci tohoto období se budu dotazovat respondentů na jejich spokojenost při poskytování péče v tomto ústavu, tuto problematiku mám

zapsanou mezi výzkumnými otázkami pod číslem 3. Obě tyto období budou podstatné pro vyjádření subjektivní spokojenosti s rehabilitační ošetrovatelskou péčí, na kterou se ptám ve výzkumné otázce číslo 1. Třetí období bude zaměřeno na pobyt v domácím prostředí pacientů, kde pro mě bude důležité analyzovat průběh domácí péče, i na tuto péči se zaměřuji v souvislosti s výzkumnou otázkou číslo 6. Čtvrté období bude zaměřené na formy psychické podpory u pacientů a zároveň na celkový pohled psychické podpory, která je velmi důležitá jak v prvních fázích po míšní lézi, tak i u pacientů, kteří jsou delší dobu po úraze. Toto období mám popsáno ve výzkumných otázkách pod čísly 4 a 5. Dále v analýze použiji hodnocení podle Modelu funkčních vzorců zdraví dle M. Gordonové, které porovnáám v diskuzi u všech čtyř pacientů a vytknu podstatné rozdíly v určitých oblastech a zároveň stanovím vhodné řešení klíčových problémů. Zaměřím se na zapojení rodiny do rehabilitační ošetrovatelské péče o pacienty a pokusím se stanovit edukační plán u každého z pacientů. Na základě získaných informací, prostudováním odborné literatury a konzultace s vedoucí Centra a CZEPLY vytvořím brožuru, která bude zaměřena na celkovou rehabilitační ošetrovatelskou péči o tyto pacienty. Bude sloužit jak pro pacienty, kteří prodělali úraz míchy, tak i pro laickou veřejnost, jako informace o tomto téma. V diskuzi shrnu výsledky kvalitativního výzkumu, výsledky mých výzkumných otázek, porovnáám modely hodnocení dle M. Gordonové, vyslovím můj vlastní názor, popřípadě navrhnou řešení pro praxi. V závěru zhodnotím, zda byly stanovené cíle splněny, nebo ne, zároveň jestli existuje nějaká shoda s odbornou literaturou a popíši, co jsem zjišťovala v teoretické a praktické části výzkumu. Nakonec vytknu nejdůležitější výsledky z celé mé práce. Výzkum bude probíhat od listopadu 2015 do února 2016, po celou dobu budu v kontaktu jak s pacienty, tak s vedoucí Centra i CZEPLY.

18 Rozhovory s pacienty

18.1 Pacient 1

První část rozhovoru (anamnéza o pacientovi)

Osobní anamnéza

Pacient během svého života neprodělal žádné závažné onemocnění. Nikdy nepodstoupil před úrazem žádnou operaci. Zároveň nebral dlouhodobě žádné léky, ale po úraze se vše změnilo. Ke svému praktickému lékaři dochází pravidelně, pokud má nějaký problém, přijde na kontrolu dříve a řeší se konkrétní trable pacienta. Pacient je očkovaný proti běžným onemocněním. Běžná dětská onemocnění prodělal bez výrazných komplikací nebo progredování průběhu. Alergii neudává (neguje).

Rodinná anamnéza

Rodiče pacienta jsou relativně zdraví. Otec měl před třemi lety infarkt myokardu (IM), od té doby se u něj neobjevily žádné další zdravotní problémy. Matka zdravá, neléčí se s žádnou chorobou ani nemocí. Nikdo z nich nikdy neprodělal cévní mozkovou příhodu.

Farmakologická anamnéza

Před úrazem pacient nebral žádné léky dlouhodobě, s ničím se neléčil, byl zdravý. Po úraze mu byl nasazen lék Baclofen, který je na lékařský předpis a slouží ke zmírnění nadměrného svalového napětí (spasmům).

Pracovní anamnéza

Od úrazu není pacient schopen znovu pracovat. Před úrazem pracoval v jedné firmě, která prodává čistící systémy. Ve firmě měl na starost faktury a logistiku. Práce pacientovi velice vyhovovala. Nemá pocit, že by ho práce nějak nadměrně fyzicky nebo psychicky vyčerpávala. Řekl: „Tak asi jako každého.“ V současné době pracovat nemůže z důvodu aktuálního zdravotního stavu. Na možnost práce se vyptával na úřadě, ale je zařazen do skupiny pacientů číslo 3, tito pacienti nemohou pracovat. Dřívější práce pacientovi nezpůsobila žádné zdravotní komplikace nebo změny zdravotního stavu. Je přesvědčen, že jeho pracovní ohodnocení bylo spravedlivé, neměl nikdy žádné výtky. Stres pociťoval před úrazem přiměřený, po úraze se stres o něco zvýšil.

Sociální anamnéza

Pacient bydlí sám v pronajatém bytě. Je v kontaktu s úzkou rodinou, která za ním pravidelně dochází domů. Pacient má dvě děti a o tři roky starší sestru, která je zdráva. Vztahy v rodině se ani po úraze nezměnily, naopak došlo k mnohem lepším vzájemným vztahům mezi jednotlivými členy.

Nynější onemocnění

38-letý pacient rád pravidelně jezdíval rekreačně na motorce, jednoho dne se mu tato jízda vymkla kontrole a 22. 8. 2014 havaroval a došlo u něj k poškození páteře.

U pacienta po míšní lézi byly provedeny tři operační výkony na Vynohradech v Praze, kde byl hospitalizován po dobu 3 týdnů. Podstoupil operaci předního výstupu míšního segmentu, poté stabilizace páteře a zároveň i ruky v oblasti zápěstí. Pacient následně strávil 10 dní na ARO a také 10 dní na JIP. V období, kdy byl hospitalizován na JIP, čekal, až se uvolní místo na spinální jednotce v Praze v Motolské nemocnici.

Druhá část rozhovoru (katamnéza o pacientovi)

První období (spinální jednotka)

Na spinální jednotce byl pacient hospitalizován 2 měsíce. Na pokoji byl ještě s jedním dalším pacientem. V tuto chvíli začala pro pacienta rehabilitace (ergoterapie, fyzioterapie) s využitím různých pomůcek, jako je MOTOMed, zvedák apod. Na spinální jednotce byl daný program na celý týden, kdy se ve všední dny cvičilo mnohem více hodin, než o víkendech. Víkendy byly méně zaměřeny na cvičení, cvičilo se maximálně jednu hodinu a druhý den se cvičilo s nějakou rehabilitační pomůckou, například s MOTOMedem. Se cvičením je potřeba začít co nejdříve po úraze, kdy je pacient schopný vykonávat rehabilitační cviky.

Prvních 10 dní pacient nebyl schopen vnímat své okolí a hodnotit péči ze strany zdravotnického personálu, ve chvíli, kdy byl schopen vnímat okolí, tak jeho hodnocení zdravotnického personálu bylo takové: „V rámci možností ano“, neměl žádné stížnosti. Nic by na léčebném režimu neměnil.

Bolest pacient po úraze nijak zvlášť nepocíťoval. Samozřejmě po operačních výkonech ano. Léky na bolest žádné nebere. Po úraze se chuť k jídlu změnila, pacient vnímá nechutenství, ale ví, že jíst musí, tak se snaží.

Pacient hodnotí dostatečnou edukaci ze strany zdravotnického personálu ohledně bezpečnosti, kontroly stavu kůže, prevenci opaření nebo naopak prochladnutí. Pacient si uvědomuje, že každý problém by se dlouho léčil, a proto je zvýšeně opatrný.

Druhé období (rehabilitační ústav)

Do rehabilitačního ústavu byl pacient převezen po absolvování léčebného programu ve spinální jednotce. Většina pacientů je poté převezena do Kladrub, kde se nachází jeden z rehabilitačních ústavů. V tomto ústavu se pokračuje s intenzivnější rehabilitací. Je zde podobný týdenní program, kdy ve všední dny probíhá normálně rehabilitace (ergoterapie, fyzioterapie) a o víkendu se necvičí, ale pacienti mají možnost odjet domů. V Kladrubech pacient strávil 5 měsíců.

Rehabilitační ústav slouží pro opětovné nabrání fyzické kondice nebo zlepšení hybnosti určitých svalových skupin. Podle pacienta je v rehabilitačním ústavu nejdůležitější fyzioterapeut a ergoterapeut. Cviky s pacienty byly zaměřeny dle uvážení těchto odborných pracovníků. Cviky se pacientovi nezdály moc náročné, tvrdil, že nejtěžší bylo jen opět nabrat nějakou tu fyzickou kondici. Bylo možné postupně zlepšit hybnost jednotlivých svalových skupin. Ale velmi záleží na individualitě. Pokroky na sobě pacient vnímá.

Pacienta trápí problémy s močovým měchýřem, které nastaly po úraze míchy. Má malou kapacitu v močovém měchýři, proto podstoupil botox, již dvakrát. První pokus nezabral, až druhý byl úspěšný. Musel se tedy mimo cvičení naučit správnou autokatetrizaci. Tento nácvik se pacient učil ke konci pobytu, aby byl schopen samostatnosti v domácím prostředí. Pomůcky, které jsou potřebné k provedení autokatetrizace platí pojišťovna, ale platí jich pouze 5 na den, při potížích, které pacienta trápí, jich spotřebuje mnohem více, ale vyjádřil, že firma zatím neměla problém s tím, jich poslat na den více. Je s nimi prý velmi dobrá domluva.

Ani v Kladrubech by pacient nevytkl žádný nevhodný přístup nebo zanedbání léčby ze strany zdravotnického personálu. Každý den je povolena návštěva rodiny a

blízkých. Pacientům je dán kontakt na různé fyzioterapeuty a ergoterapeuty nebo i na sociálního pracovníka. Z tohoto rehabilitačního ústavu byl pacient převezen do domácího prostředí. U pacienta během léčby nevznikly žádné dekubity ani jiné komplikace, které by byly zapříčiněny ze strany zdravotnických pracovníků.

Třetí období (domácí prostředí)

Jelikož pacient doma žije sám, potřeboval každý den pomoc. Je potřeba, aby i v domácím prostředí pacient nadále pokračoval v rehabilitaci. Tento pacient aktuálně shání nějakého fyzioterapeuta, který by za ním pravidelně docházel domů a cvičil s ním. S hledáním mu teď pomáhá Centrum Paraple, na které se obrátil. Největší pomoc pacient potřebuje při přesunech z lůžka a do lůžka. Do Centra Paraple pacient dochází na cvičení. Dvakrát ročně je možné na 3 týdny si domluvit pobyt v tomto centru. Cvičební program je velmi podobný programu v rehabilitačním ústavu.

Byly potřebné i úpravy domácího prostředí, pacient si musel nechat předělat celou koupelnu včetně rozšíření dveří do koupelny a dále z důvodu bydlení ve vyšším poschodí také plošinu na schody.

Z rodiny mu pravidelně pomáhá jeho matka, která naštěstí bydlí ve stejném domě jako sám pacient. Mají spolu velmi dobrý vztah a své matce velice důvěřuje. Podle pacienta je potřeba mít někoho na blízku, aby mu mohl pomoci nebo dohlédnout na jeho bezpečí a případně i dopomoci při určitých činnostech. Pacient upřednostňuje pohodlné oblečení, které se snadno oblékne a sundá. S oblékáním pacient nepotřebuje pomoc.

Podle pacienta jsou nejdůležitější pomůcky vozík, přesuvné prkno, polohovací lůžko, činky na cvičení. K psaní pacient nepotřebuje žádnou pomůcku, je schopen psát i na počítači. V zimním období pacient popisuje nemožnost jízdy na vozíku, hrozí mu úraz a jízda není vůbec bezpečná. V zimě mají tito pacienti velký problém se kamkoli dostat.

Aktuálně má pacient technický problém s vozíkem, který využívá, a proto dochází do CZEPLY, kde se řeší, jak se problém vyřeší. Jakékoli jiné technické problémy v domácím prostředí, například s lůžkem řeší firma, která tuto pomůcku

pacientovi instalovala. Lůžko i vozík má pacient zaplacený pojišťovnou, předělání koupelny z části platila nadace a z části úřad, zbytek pacient doplácel ze svého.

Pokrok v hybnosti pacient příliš nevnímá, co může říci, tak pozitivně hodnotí zlepšení samostatnosti a hlavně je rád, že je v domácím prostředí. Podle pacienta je i doma velmi důležité nepřestávat cvičit každý den. Sám cvičí s gumou nebo s činkami.

Čtvrté období (psychická podpora)

V průběhu léčby pacient nevnímal velkou změnu v duševním vnímání. Pacient přiznal, že černé myšlenky má občas každý. V rámci svých možností vnímal svou aktuální situaci. Největší oporu měl ve své rodině, ve svých blízkých a přátelích. U pacienta nikdy nenastala situace, kdy by se cítil úplně bezradně a nevěděl by, co už má dále dělat, nebo že by všechno vzdal. Pacientovi nevadí, když je doma sám, nepocítuje potřebu mít někoho u sebe, jen aby nemohl přemýšlet o různých myšlenkách. Pacientovi budoucí cíle jsou: zvýšit úroveň své soběstačnosti a případně v budoucnu opět znovu pracovat.

18.2 Pacient 2

První část rozhovoru (anamnéza o pacientovi)

Osobní anamnéza

Před úrazem pacient neprodělal žádná vážná onemocnění ani žádnou operaci. Standardní očkování bylo u pacienta provedeno. Pacient v dětství prodělal běžná dětská onemocnění bez komplikací. Pacient má alergii na seno, pyl, prach. Trpí astma bronchiale a atopickým ekzémem, který měl v pubertě progredující průběh. Podle druhu problému pacient vyhledává pomoc u jednotlivých lékařů. Nejčastěji dochází k lékaři v souvislosti s problémy s močovým měchýřem. Pokud pacienta trápí bolesti zad a jiné trable, dojede do Liberce za svým lékařem, který mu operačně odsekal kyčelní klouby. Má s ním velmi dobrý až přátelský vztah. I s panem doktorem Křížem má velmi dobrý vztah, protože pan doktor je také na vozíku, a proto důvěra těchto spinálních pacientů k tomuto lékaři je nesrovnatelná s ostatními.

Rodinná anamnéza

Aktuální zdravotní stav rodičů je dobrý. Otec trpí alergií, matka zdráva. V současné době je trápí určitý psychický blok, který souvisí s úrazem pacienta.

Farmakologická anamnéza

Pacient bere léky na alergii a na astma, jen výjimečně. Od úrazu pacient nebere žádné léky dlouhodobě. Byly mu předepsány léky na ředění krve, na problémy s močovým měchýřem, na tlak, na srdce a další léky, ale pacient se rozhodl žádné z nich nebrat. Dodává, že málokdo je schopen dát určitému pacientovi léky, které mu opravdu pomůžou. Pacient trpí hypertenzí, jeho lékem na snížení tlaku je prý dostatečný spánek. Při problémech se dostaví k lékaři, aby vyřešil aktuální problém a třeba si nějaký ten lék nárazově vzal, ale jinak dlouhodobě léky brát nechce, podle vlastního uvážení. Při vysazení všech předepsaných léků krátce po úraze, přestala pacienta trápit i alergie.

Pracovní anamnéza

Aktuálně nepracuje. Pracoval na různých místech, ale v 19-ti letech (mezi střední a vysokou školou) se stal jeho úraz, a tak neměl možnost pracovat tam, kde by chtěl. Po autonehodě byl krátkou dobu na vysoké škole, ale ze zdravotních důvodů to nebylo dlouhodobě možné. Pacient vedl výuku v Centru Paraple pro ostatní vozíčkáře. I po úraze je schopen dále fungovat a vykonávat určité pracovní funkce. Minulý rok podnikal s náhradními díly. Pacientův názor na práci je: „Buď pracujete jako podnikatel a jste pánem svého času, nebo jste na pozici zaměstnance a chodíte domů s čistou hlavou.“ Dále tvrdí, že lidé na vozíčku nemají nabídnutou práci, která by byla srovnatelná a nabídkami pro zdravé lidi, že jsou tímto zneuctěni („zneužívání“). Jsou přijímáni do práce za účelem vykonávat „tupé“ a bezmyšlenkovité činnosti.

Pacient se cítí být neustále ve stresu, protože pracuje s lidmi a nesedí doma. Podle tohoto pacienta prodělá každý spinální pacient určité „kolečko“, klade si otázky proč zrovna on, obviňuje všechny ve svém okolí, v hlavě přemýšlí o sebevraždě, převládá u něj velká sebelítost. Je důležité si říci, že se to stalo, přiznat si, že už nikdy chodit nebude a začít žít znovu, vykonávat všechny činnosti, co dělal předtím, s jednou změnou, bude je provádět z vozíku. Čím dříve se k tomuto člověk dopravuje, tím dříve začne plnohodnotně žít. U každého pacienta je vše zcela individuální. U některých pacientů se může stát, že se vrátí znovu na začátek. Nestačí jen, když to pacient vysloví, ale musí to sám sobě přiznat.

Sociální anamnéza

Pacient bydlí doma s rodiči a přítelkyní. Po úraze koupili dům, který museli nechat upravit. Pacient nemá žádné děti, ale v budoucnu by chtěl mít svou rodinu. Pacient má sestru, která je o 4 roky mladší a nemá žádné zdravotní problémy.

Nynější onemocnění

32-letý pacient po autonehodě, srážka s motorkou. Úraz se stal zhruba před třinácti lety. Pacient při nehodě svým hrudníkem rozmačkal volant v autě. Došlo k úplnému vyosení jednoho obratle. Ve zprávě má napsáno: „Mícha nenalezena.“ Jde o čistý hladký řez míchy, což je velice atypické. Většinou dochází k potrhání míchy. Dochází v tu chvíli také ke spastickým křečím a fantomním bolestem. Tento pacient žádným z těchto problémů netrpěl a netrpí. Co pacienta trápí je brnění nohou od kolen směrem dolů. V levém palci uvádí velmi nepříjemné mravenčení, může se ho snažit podrbat, polít vodou, bouchat s ním o zem, ale přesto stále brní. Souvisí to se ztrátou citlivosti v končetinách.

Druhá část rozhovoru (katamnéza o pacientovi)

První období (spinální jednotka-nefungovala)

Pacient po úraze převezen do Prahy do Motolské nemocnice. Zde byl pacient operován. Poté byl 2 měsíce hospitalizován na ARO. A dále přeložen na standardní oddělení ortopedie, kde z důvodu nevhodné rehabilitační péče byl pacientovi přivoděn první dekubit (proleženina). Nešlo o dekubit, který probíhá v určitých fázích až do vzniku gangrény, ale v tomto případě došlo k rozpadnutí svalové tkáně.

Na ortopedii popsal, že chod oddělení byl stejný jako na jiných standardních odděleních. Přístup zdravotnického personálu byl podle pacienta velice neochotný. Nikdo mu s ničím nechtěl během dne pomáhat. Zmínil také zdravotní potíže své matky, která měla v té době problémy s páteří a byla také hospitalizována. Proto veškerou práci „suplovala“ za zdravotnický personál ona.

Dekubit byl pacientovi odoperován, ale bohužel nevhodně. Začal pacientovi praskat sval na kostrči. Z tohoto důvodu měl pacient domluvenou plastickou operaci v Brně. S provedenou plastikou byl spokojen, ale i v tomto případě byl hospitalizován na popáleninovém oddělení, které ale nebylo určeno pro spinální pacienty.

V této souvislosti vznikla další komplikace, došlo ke srůstu kyčelních kloubů-kalcifikaci (porucha metabolismu). Nikdo pacientovi neřekl, jaký byl důvod vzniku kalcifikace, všichni se prý shodli na tom, že vznikla na podkladě nevhodného cvičení. Vyprávěl, že na traumatologii byla sestra, která neměla zkušenosti se cvičením s těmito pacienty, a stalo se, že došlo k neprotažení nebo k „přerehabilitování.“ V kloubu vznikla mikrotraumata. Pacient řekl: „Neexistují na to žádné studie, je to prostě jejich taková domněnka.“ V dnešní době, kdy už fungují spinální jednotky, je důležité vědět, kde je ta vhodná hranice při cvičení. Pacient nebyl schopen hýbat s kyčlemi. Následně byly pacientovi odstraněny oba kyčelní klouby, jako když se provádí totální endoprotéza s tím rozdílem, že pacient nemá vložený umělý kloub, když nikdy nebude schopný chodit. To má za následek, že pacient na vozíku sedí jen na sedacích hrbolcích, které zevnitř pacientovi prořezávají sedací sval. Následkem toho je pacient už po cca 10-15 plastických operacích.

V době, kdy pacient ležel na traumatologii, byl pod silnými sedativy, nepamatuje si nic v časovém rozmezí 1 měsíce, tedy období, kdy byl hospitalizován. Tvrdil, že se až ztrácel mezi tím, co byla realita, a co byly jen pouhé výplody fantazie.

V Liberci, kdy byl pacient hospitalizován krátce na spinální jednotce, se setkal s jednou paní lékařkou, která se začala věnovat plastickým operacím, ale neměla tolik zkušeností. Nedošlo k odstranění příčiny, došlo pouze k sešití svalu. Po třech měsících pacient musel podstoupit reoperaci. V situaci, kdy absolvoval už po třetí tuto reoperaci, se rozhodl, že další už nechce podstoupit. Nechal si udělat plastiku v Motolské nemocnici ve spinální jednotce. Tam se setkal s lékařem, který už zkušeností měl mnohem víc. „Řešil to opravdu jako plastiku“, dodal. S tímto lékařem byl pacient spokojen, proto zastával názor, že dostatek zkušeností zdravotníků je hlavní prioritou.

Na traumatologii v Liberci si pacient velmi stěžoval, staré postele, nevhodný systém, ale smysl to podle něho nějaký mělo. Ze strany zdravotnického personálu by vytkl jejich chování, neustálé ječení, napomínání. Na druhou stranu kladně zhodnotil to, že na tomto oddělení už se někdo našel, kdo pacientovi pomohl s hygienou a dalšími potřebnými činnostmi. Na traumatologii byl zdravotnický personál schopný tohoto pacienta vzít do sprchy až po 3-4 měsících hospitalizace. I přes stížnosti na vybavení tohoto oddělení hodnotí pacient hospitalizaci na traumatologii o něco lépe. Převlékání lůžek prý probíhalo

na základě prosby, nebylo to automaticky dané. Říká, že na spinálních jednotkách je brání těchto pacientů do sprchy pravidelně běžnou záležitostí.

Dále pacient sdělil svůj názor na pokrok v léčbě spinálních pacientů. Pacient byl velmi nespokojený s péčí ze strany zdravotnického personálu, kdy sestra odmítla pacienta neustále přetáčet, polohovat a provádět základní hygienu v oblasti sakra a kostrče. Nebyl pro zdravotníky typický pacient. V té době bylo zavřené oddělení traumatologie a spinální jednotka ještě nebyla otevřená.

Pacient zhodnotil důvod vzniku jeho dekubitu. Bylo to z důvodu toho, že ležel na oddělení, kde si s ním personál nevěděl rady. Nejlépe hodnotil péči na traumatologii v Liberci, i přes to, že to bylo velmi staré oddělení, tak se zdravotnický personál uměl plnohodnotně postarat o spinální pacienty, kteří byli ležící. Pacient několikrát zdůraznil důležitost otevření spinálních jednotek, bez kterých by léčba spinálních pacientů nebyla plnohodnotná. Je tam vysoce školený personál, který umí s těmito lidmi pracovat. Předchází se spoustě komplikací.

Pacient pochází z Mladé Boleslavi, a proto byl přijat do Liberce na traumatologii, ani tam ještě spinální jednotka nebyla. Otevření této spinální jednotky v Liberci proběhlo zhruba rok po úraze pacienta. Z důvodu zdravotních problémů byl pacient hospitalizován i na této spinální jednotce, ale i v Praze v Motolské nemocnici na spinální jednotce.

Po úraze plegický pacient řeší změny, které se nějak podepsaly na všech tělních soustavách, ale podle tohoto pacienta se tyto změny nějak časem usadí a vrátí se do normálního fungování. Tento pacient trpí častými záněty močového měchýře, přirovnal to jako náchylnost lidí k rýmě. Ale odůvodnil to zároveň také jako následek změny v mechanickém fungování těla. Uvádí, že trpěl velkými návaly horka a také zimnicí.

Druhé období (rehabilitační ústav)

Rehabilitační cvičení u tohoto pacienta bylo zahájeno již na ARO. Z důvodu zavedení umělé plicní ventilace (UPV) se zdravotnický personál snažil pacienta rozhybat alespoň v horní polovině těla. Nejdůležitější bylo rozdýchání plic a rozcvičení horních končetin. Na traumatologii v Liberci byl velmi nespokojený se sestrou, která s pacientem cvičila: „Bylo na ní vidět, že je jí to proti srsti.“ Neměla prý vhodnou kvalifikaci k provádění rehabilitace s plegickými pacienty.

V rehabilitačním ústavu se dále pokračovalo v provádění rehabilitace, kdy už to podle pacienta mělo nějaký vývoj. Cvičení probíhalo každý den po dobu 1-2 hodin. Smyslem rehabilitačního ústavu je dostat spinálního pacienta do každodenního režimu. Jejich úkolem také je, aby byl pacient po propuštění schopen dojít si nakoupit, zajít si do restaurace nebo i na pivo s přáteli v případě tohoto pacienta. U pacienta byl problém s ohnutím k dolním končetinám, a tudíž nebyl schopný se obléknout sám. To souviselo s problémy s kyčlemi, které pacientovi byly přivozeny. Déle trvalo, než byl schopný zvládnout i přesuny z lůžka do vozíku, ale i přesto se nevzdával a měl velkou trpělivost. S dopomocí se vše naučil provádět samostatně. Pacient na vozíku sedí na vzduchovém podsedáku, nedá dopustit na nejstarší technologie.

Třetí období (domácí prostředí)

Domů za pacientem nedocházel žádný fyzioterapeut. Zhruba po 2 letech, kdy procházel různými odděleními, kde byl hospitalizován, se vrátil zpátky domů. Měl tendence si objednat nějaký HomeCare nebo oslovit jinou společnost (organizaci). Zhodnotil, že je ale vhodnější najít si nějakou fyzioterapii, na kterou bude pacient pravidelně docházet. Byl schopný sednout do auta a vyrazit. Zdůraznil, že integrace mezi „normální“ lidi je velmi podstatná. Tím, že člověk bude sám zavřený doma, mu hrozí, že u něj dojde k sociální izolaci a zároveň také ke zhoršení zdravotního stavu.

V domácím prostředí bylo potřeba rozšířit všechny dveře, odstranit veškeré prahy a zároveň všechny místnosti vyrovnat do jednoho podlaží, aby se pacient mohl bezpečně pohybovat po celém domě. Dále byly nutné úpravy v koupelně, kdy pacient potřeboval velkou a prostornou sprchu.

I auta těchto pacientů musí projít určitou úpravou, aby mohl pacient sám nezávisle řídit. Na tyto úpravy v automobilu dostávají pacienti určitý finanční příspěvek. Veškeré příspěvky, na které mají tito pacienti nárok, nejsou podle tohoto pacienta takové, jaké by měly být. „Je to takový byznys“, dodal svůj názor.

Čtvrté období (psychická podpora)

Pomoc psychologa vyhledal, ale jinak si myslí, že aktuálně je v České republice velmi málo psychologů, kteří jsou na správném místě v provádění své činnosti. Názor pacienta je, že: „Knižní psychologové ani pseudopsychologové nejsou žádnou pomocí.“

18.3 Pacientka 3

První část rozhovoru (anamnéza o pacientce)

Osobní anamnéza

Během svého života pacientka neprodělala žádná vážná onemocnění. U pacientky byla provedena apendektomie, konizace čípku a císařský řez, který byl proveden z důvodu předčasného porodu. Pacientka čekala dvojvaječná dvojčata, v průběhu těhotenství došlo ke komplikaci, a byl diagnostikován transfuzní syndrom u nenarozených dětí, proto se narodila živá jen holčička. Ke svému praktickému lékaři dochází, spíše si s ním dopisuje formou emailů, protože do jeho ordinace vede 7 schodů, a tudíž se k němu pacientka nemá možnost bez problémů dostat, má s ním velmi dobrý vztah. Dále navštěvuje neurologa, urologa, také dojíždí na spinální jednotku na pravidelné kontroly a dojíždí za svým fyzioterapeutem.

Pacientka je očkovaná proti běžným onemocněním, navíc je očkovaná proti rakovině děložního čípku a klíšťové encefalitidě. Běžná dětská onemocnění prodělala bez jakýchkoli komplikací. Alergii pacientka neudává, dodala jen výskyt senné rýmy.

Rodinná anamnéza

V rodině pacientky byla zjištěna trombofilní mutace. Nikdo v rodině není nemocný, jen tato pacientka. Nikdo z rodičů se neléčí s žádnou vážnou nemocí nebo chorobou. Pacientka neudává ani výskyt CMP a IM. Oba rodiče jsou stále naživu.

Gynekologická anamnéza

První menstruace ve čtrnácti letech. Pacientka udává pravidelnost menstruace, dlouhodobě brala perorální antikoncepci, ale i po vysazení se nic nezměnilo. Pacientka má tříletou dceru. Pacientky jsem se vyptávala na možnost otěhotnění po úraze, prý není žádný problém s otěhotněním ani porodem. Otěhotnět lze v období, kdy je pacientka po úraze stabilizována. Je ovšem důležitý porod císařským řezem, který je dotyčné pacientce doporučen. Sama řeší tuto problematiku dalšího otěhotnění, ale z důvodu obav z různých komplikací a množství léků, které pacientka bere, se obává dalšího těhotenství: „Nevím, jak by to bylo se cvičením.“ Plánovat těhotenství musí pacientka s lékaři, kteří jí pravidelně kontrolují a nasadili jí konkrétní léky, které užívá.

Farmakologická anamnéza

Před úrazem pacientka nebrala žádné léky dlouhodobě. Od úrazu se vše změnilo, pacientce bylo nasazeno velké množství léků, které musela, a musí užívat dlouhodobě. Hlavně zmínila léky na bolest.

Pracovní anamnéza

Pacientka pracovala v kanceláři jako konzultant na mezinárodních projektech. Její práce nebyla nijak zvlášť fyzicky nebo psychicky náročná. S pracovním místem byla pacientka spokojená. K otázce týkající se stresu dodala: „Je to spíš takový pres, aby člověk všechno stihl a zároveň aby mohl fungovat v rámci rodiny (postarat se o dceru, nakupovat, uvařit).“

Sociální anamnéza

Doma bydlí pacientka s manželem a dcerou. Vztahy mezi nimi jsou velmi dobré. Přes týden je pacientka s dcerou doma sama, manžel pracuje v zahraničí, a proto je to pro pacientku trochu těžké. Dcera už nastoupila do mateřské školy (rehabilitační stacionář), naštěstí tu byla možnost, že jí vzali již v době, kdy se pacientce stal její úraz. Pacientka má o dva roky mladšího bratra, který je zdravý.

Nynější onemocnění

Úraz se pacientce stal v březnu roku 2015. Jednoho dne pacientka pocítila píchnutí v zádech a tři dny na to ochrnula. Její diagnóza byla popsána jako nedokrvení míchy, tedy příčinou byla ischemie míchy. V tu dobu byla pacientka se svojí malou dcerou na pobytu a přebalovala jí, když náhle pocítila bolestivé píchnutí v zádech. Další dva dny (o víkendu) ještě chodila s dcerou na procházky. Jakoukoli zvýšenou fyzickou námahu si neuvědomuje. V pondělí následně byla převezena na neurologii v Pardubicích, odkud sama pochází, po velkém bolestivém záchvatu byla převezena na neurologii do Prahy, v tento den ochrnula zhruba do dvou hodin po zmíněném záchvatu. Zde byla hospitalizována po dobu pěti dní. Poté byla zavezena do Motolské nemocnice v Praze na spinální jednotku, kde se uvolnilo místo.

Druhá část rozhovoru (katamnéza o pacientce)

První období (spinální jednotka)

Po úraze byla pacientka převezena do Motolské nemocnice na spinální jednotku, kde byla hospitalizována po dobu 2 měsíců. Přivezena byla ve velmi kritickém stavu jako ležící pacient. Nebyla schopna se ani přetočit na lůžku. Toto období bylo pro pacientku velice psychicky náročné.

Hodnocení péče na této spinální jednotce bylo velmi pozitivní, ze strany pacientky nebyly žádné stížnosti. Na pokoji byla prý s pacientkou ve stejné věkové skupině, vzájemně si pomáhaly, podporovaly a motivovaly se, také se společně „stěhovaly“ do Kladrub, takže si mezi sebou vytvořily velmi dobrý přátelský vztah. Pacientka mluvila o intenzivní rehabilitaci, která byla součástí léčebného režimu, byla s ní moc spokojená. Měla dvakrát denně individuální cvičení, učila se poznávat své tělo a začala se učit nácviky soběstačnosti (přesun na vozík). Rehabilitační pracovníky hodnotila velice kladně, lékaře také, sestry zhodnotila takto: „Tak asi podle nálady.“

U sanitářů zmínila své pocity o tom, že jakékoli prosby od pacientů je „otravují“, zřejmě nebyl jejich zájem dostačující. Vynadali jim za to, že si na pokoj pozvaly kosmetičku. Pacientka popisovala, že na začátku jí bylo jedno, jak vypadala, ale poté, co si začala vše uvědomovat, tak o sebe znovu chtěla začít dbát. I samotné líčení pro ni bylo znamením, že se něco přiblížilo k lepšímu a k normálnímu. Velké pokroky popisuje u pohledu z okna, že byla schopna samostatně dojet na vozíku k oknu, dále vyčistění zubů u umyvadla, kdy nemusela nic „plyvat“ do misky.

Obecně, návrat k běžným věcem pacientce, dělalo velkou radost. Také samostatné sprchování, kdy se dopravila na vozíku do sprchy a zvládla to bez dopomoci. V začátcích byla sprchována na lůžku. Zdravým lidem by se tyto činnosti zdály normální, ale u spinálních pacientů je každá maličkost velkým pokrokem a hlavně velkou motivací. K chování sanitářů dodala, že si občas vůbec neuvědomovali, že tito pacienti nejsou schopni pohybu s lůžkem a v lůžku. Po takové zkušenosti se bála říci si o jakoukoli pomoc. Po absolvování péče na spinální jednotce byla převezena do Kladrub.

Druhé období (rehabilitační ústav)

Zde byl léčebný režim zaměřen speciálně na rehabilitaci. Pokračovalo se zde s rehabilitací, se kterou se začalo již ve spinální jednotce. Rehabilitace byla velmi intenzivní, individuální cvičení probíhalo sice jen 1x denně, ale bylo doplněno o používání všemožných odborných přístrojů ke cvičení (Lokomat, exoskeleton), některé z těchto pomůcek jsou dostupné jen v Kladrubech, a proto byla pacientka ráda, že byla hospitalizována zrovna tam: „Rehabilitace byla na velmi vysoké úrovni.“ Její fyzioterapeutka ji prý vnímala jako celek, přemýšlela, jaký bude mít vozík, ptala se na všechny důležité informace. Nebylo to tak, že s pacientkou jen cvičila a pak už si jí celý den vůbec nevšímal. Za tři týdny bylo pacientům umožněno na víkend odjet do domácího prostředí, v případě této pacientky jí byl umožněn odjezd domů již první víkend. Zdravotnický personál byl velmi vstřícný, věděli, že tato pacientka má doma dceru a odloučení od ní je pro ni velice náročné a zdlouhavé.

Velkým problémem zpočátku pro pacientku bylo přesunutí z vozíku na „pódium“, kde se hromadně prováděla rehabilitace s ostatními pacienty. Dále také udržet se vsedě na tomto pódiu. Doplnila, že postupně se člověk zlepšuje a lépe zvládá tato přemístění. Fyzioterapeut a ergoterapeut prý přesně ví, co člověk zvládne a co ne. Se cviky pacientka neměla nijak zvlášť velké problémy. Každý fyzioterapeut a ergoterapeut má určitý plán na každého pacienta, kam je ho potřeba dostat se cvičením. Po 4 měsících strávených v rehabilitačním ústavu byla pacientka propuštěna do domácího prostředí.

Péči rehabilitačního personálu hodnotí pacientka na 100%. Součástí byla prý velká motivace a podpora. Fyzioterapeutka v Motolské nemocnici pacientce nahradila i psychologa. Dokázala jí dostat z jejích kritických situací. Práci psychologů pacientka nehodnotila příliš pozitivně. „Stalo se, že i zapomněla na schůzku“, dodala. Tento přístup samozřejmě vnímala určitě negativně.

V Kladrubech pacientce chyběl „apel“ od personálu, že je potřeba si fyzioterapii zařídit 2-3 měsíce předem, než je pacient propuštěn do domácího prostředí. Na kvalitní fyzioterapeuty se čeká delší dobu, takže v případě, kdy nemá pacient nic domluveno, tak vzniká problém s prováděním cvičení: „Pacient je vržen do reality a neví co a jak.“ Dále si po propuštění pacient hledá lékaře, ke kterým bude pravidelně docházet. Fyzioterapeuti

jsou někdy tak vytížení, že jsou schopni za pacientem docházet jen 1x týdně. Představovala by si větší informovanost o těchto důležitých věcech k zařízení dopředu.

Třetí období (domácí prostředí)

V domácím prostředí pacientky byly potřeba opět nějaké úpravy. Pacientka v té době plánovala přestěhování a trošku s tím měla problémy. Ale zaměřila se na úpravy v novém prostředí, do kterého se chtěla přestěhovat. Nakonec se od plánu ustoupilo, pacientka chtěla zůstat tam, kde bydlela ještě před úrazem.

Pacientka si musela obstarat polohovací lůžko s antidekubitní matrací, připevnit madla a nástavec na WC. V koupelně má pacientka desku na vanu, na kterou se ovšem nemůže dostat sama bez dopomoci z důvodu výškového rozdílu. Zároveň by byla potřeba předělat kuchyň, kde se jí teď špatně pracuje. Doma pacientce hodně pomáhá její matka. Občas využije možnosti pomoci dvou pracovnic, které ji doprovází na úřad apod.

Na úpravy v domácím prostředí pacienti obdrží příspěvek, který tato pacientka zatím neřešila, týkalo se to jen madel, tudíž o žádnou peněžitou částku si nezažádala. Bylo jí řečeno, že když něco vyčerpá, nemůže o to žádat znovu: „Nejlepší je, když se toho dělá více najednou.“ Doma je schopná fungovat samostatně a postarat se i o dceru, která přijde ze školky. Pomoc rodičů využívá v případě dopomoci při koupání, k odvozu její dcery do školky a také ze školky nebo k nákupům.

Automobil si pořídila nový a ihned ho nechala upravit na ruční řízení. O příspěvek na tuto úpravu bude pacientka teprve žádat zpětně. Již v Kladrubech měla možnost si zažádat o rekondiční cvičení v řízení upraveného automobilu.

Čtvrté období (psychická podpora)

Když se pacientce stal její úraz, vůbec nemyslela na sebe, ale na její dceru, které bylo v té době 2 roky. Uvádí, že na dceru byla velmi fixovaná: „Mám pocit, že jsem to snášela mnohem hůř, než ona.“ Ze dne na den byla od dcery odříznutá, tohle bylo pro pacientku úplně nejhorší. V hlavě se jí promítaly myšlenky, kdo se o dceru postará atd. Tyto úvahy u pacientky převládaly v průběhu prvních měsíců. Poté se vnitřně zabývala myšlenkou, co bude s ní a s jejím manželem, jaký bude teď jejich vztah? Až potom řešila vztah s přáteli. V případě, kdy si vnitřně srovnala veškeré tyto myšlenky a úvahy, začala myslet na to, co bude s ní. Obávala se toho, jak se k této změně postaví její dcera.

Od první chvíle pomáhala například tlačit vozík, seděla mamince na klíně. Pacientka to popsala jako její přirozené chování. Dnes, když jsou spolu doma sami a sedí na posteli, tak chce po mamince, aby skákala, ta jí odpoví, že nemůže. Nebo chce po pacientce, aby kopala, zkouší to. „Asi jí to ještě úplně nesešlo“, dodala. V situacích, kdy pacientka trpí spasmy, k ní dcera přiběhne a snaží se jí přidržet příslušnou končetinu, ví, že se tím zmírní třes. Když se pacientka předkloní k dolním končetinám, tak se jí zeptá: „Maminko co je?“ Podle pacientky je její dcera velice empatická na svůj věk.

Na otázku, jaký je pohled pacientky do budoucna, odpověděla: „Tak určitě dcera.“ Je to její největší a nejsilnější motivace. Myslí na budoucnost dcery, ale zároveň i na sebe, na to, jak bude fungovat samostatně v domácnosti. Aby se její manžel nemusel po příjezdu z práce starat o ní i o jejich dceru. Ráda by opět znovu pracovala, oslovila jí jedna organizace, aktuálně pro ně pracuje na dohodu. Za úkol má zpracovávat nebo aktualizovat jejich stránky. Budou pro ni mít i nabídku na částečný úvazek, na to se pacientka velmi těší. Svých plánů má celkem hodně, což je velmi důležité.

Jsou situace, kdy chce být pacientka sama, ale jinak tráví ráda čas ve společnosti jiných lidí, nejlépe těch, kteří jsou na tom podobně jako ona. V Centru Paraple se jí tedy daří nejlépe. Doma popisuje intenzivnější přemýšlení v souvislosti s obavami o dceru. Často se setkává s otázkou, co celý den dělá. Lidé si asi myslí, že se celé dny doma nudí, když je na vozíku. Na to odpovídá, že spíše nestíhá, potřebovala by, aby den měl více hodin. Během dne se určitě nenudí, musí se starat o sebe, o rodinu a domácnost.

Na otázku, jaké jsou podle ní nejdůležitější pomůcky pro vozíčkáře, odpovídá: „Nejdůležitější pomůcky pro vozíčkáře se odvíjí od jeho postižení.“ V první řadě je nutností upravit si prostor, kde člověk žije, mít někoho po ruce, když je to potřeba, pracovat sám na sobě, zlepšovat si fyzickou kondici, mít svého fyzioterapeuta. Výhodou je doma mít MOTomed, stojan a jiné pomůcky, se kterými pacienti cvičí v rehabilitačních ústavech.

Pacientka dodnes trpí neuropatickými bolestmi. Bere léky na tuto bolest. Snaží se nalézt i spojitost s výskytem těchto bolestí. Měla pocit, že se zhoršují v případech, kdy je nevyspalá, ale pár dní na to, když se pořádně prospala, stále trpěla silnými bolestmi, které ji velice narušovaly fungování přes den. Souvislost hledala i se stresem a povinnostmi, které musí zařídit, ale stále neví, proč se ta bolest vyskytuje.

Po úraze měla pacientka problémy s krevním tlakem (závratěmi), které vznikaly při změně polohy. Proto při vertikalizaci musí být pacientka velice opatrná. Změnu pacientka popisuje také ve vylučovací soustavě, kdy se potřebuje pravidelně samostatně vycévkovat. Autokaterizaci se pacienti učí již ve spinální jednotce. Pacientka se na to „těšila“, byl to krok, díky kterému se přiblížila normálnímu fungování. Příspěvek na pomůcky k autokaterizaci pacienti dostávají, pacient si vybere značku a typ cévek, které mu vyhovují. Pacientka si musela zajistit urologa, který jí dává předpis zhruba na 3 měsíce na tyto pomůcky. Pomůcky pacientce dodává dealerka, která si pacientku našla v určitém seznamu těchto pacientů, kteří potřebují dennodenně tyto pomůcky. Pacientka preferuje pohodlnější oblečení, které jde jednoduše navléknout. Dává přednost nošení legín, džíny nejsou prý vůbec vhodné.

U pacientky nevznikly žádné komplikace v průběhu léčby, jen se jí občas objevily nějaké podkožní hematomy, v souvislosti s tím byl pacientce zakázán přesun na vozík, musela jen ležet na lůžku. Pacientka dodala, že to mohlo být spojeno s tím, že brala léky na ředění krve. Edukace o vlastní bezpečnosti při kontaktu s teplem nebo naopak s chladem obdržela. Dále také nutnost prohlížet své tělo při každém koupání.

Padla zmínka o možnosti vykonávat různé sporty i po úraze. Ani v této situaci pacientka nevidí problém při hraní basketbalu, potápění a všech různých sportů, které jsou jen možné. Při plavání zmínila určité obavy, jak se na ní budou ostatní v bazénu dívat a také přemýšlela o tom, jak by se do bazénu dostala.

Delší dobu jsme se zabíraly její dcerou, zdraví lidé si neumí představit, jaké to je vychovávat dítě, když nemůžete chodit. Je to těžké, když různé aktivity, které by ráda s dcerou prováděla, musí sledovat z dálky z vozíku. „Lidé si neuvědomují, jaké to je, myslím si, že by si každý měl zkusit strávit jeden den na vozíku, aby tušil, jak se cítíme.“

Moc ráda by cestovala do zahraničí, ale má obavy z cesty, jaké by to bylo v letadle. Moc ráda by odcestovala k moři, jedna z mála situací, kdy se nejvíce „podobá“ ostatním, je podle ní: „Když si lehnu na pláž a rozvalím se tam, tak nikdo nepozná, že jsem na vozíku, v tu chvíli jsem na stejné úrovni jako všichni ostatní.“

18.4 Pacientka 4

První část rozhovoru (anamnéza o pacientce)

Osobní anamnéza

Před úrazem pacientka neutrpěla žádná vážná onemocnění. Prodělala pouze mononukleózu v deseti letech. Nepodstoupila také žádnou operaci. Ke svému praktickému lékaři dochází 1x ročně na internu na odběry krve a na ECHO. Pacientka očkovaná proti běžným onemocněním, navíc také proti chřipce. V dětství prodělala běžná onemocnění bez komplikací. Pacientka má alergii na persteril a na chirurgickou ocel.

Rodinná anamnéza

Oba rodiče se léčí s hypertenzí. Jinak se ani jeden s ničím dalším neléčí, jsou víceméně zdraví. Nikdo z nich neprodělal žádnou CMP ani IM.

Gynekologická anamnéza

První menstruace proběhla v patnácti letech. Pacientka neměla žádné porody ani potraty. Děti pacientka nemá. Na otázku, zda by děti chtěla, odpověděla: „Vzhledem ke svému věku nevím, ale to by se uvidělo.“ U této pacientky byl návrat menstruace po úraze velmi rychlý, nastala již v době, kdy byla pacientka hospitalizována na ARO.

Farmakologická anamnéza

Před úrazem nebrala žádné léky dlouhodobě. Od úrazu pacientce byly nasazeny krátce po úrazu nové léky, které dříve nebrala, zároveň i antibiotika z důvodu zlomeniny dolní končetiny v krčku. Jako komplikace vznikl u pacientky zánět a bylo jí nasazeno antikoagulancium, dále Agapurin na cévy, v současné době také bere železo v souvislosti s diagnostikovanou sideropenickou anémií. Spolu s železem bere i doplňky potravy (vitamíny, oleje).

Pracovní anamnéza

Pacientka pracovala jako chirurgická sestra na očním laseru. S prací byla pacientka 100% spokojena. V průběhu let vyzkoušela pracovat na různých odděleních, na internách, chirurgiích i JIP. I po úraze byla pacientka schopna nadále pracovat. Pracovala na záchranné službě, kdy musela podstoupit určitou rekvalifikaci k vykonávání této činnosti. Při práci na záchraně o přestávce si chodila pacientka

lehnout, aby změnila polohu a předešla tak vzniku dekubitu. Poté začala studovat Fakultu tělesné výchovy a pohybu. Do roku 2010 pracovala v administrativě na několika různých pozicích. Dnes pacientka pracuje z domova.

Pacientka se cítí být ve stresu po celý svůj život, od úrazu nevnímá, že by se něco změnilo ve vnímání stresových situací. Řekla: „Já jsem ten neurotický typ člověka.“ Prý u nich v rodině jsou všichni takoví. Před úrazem je podle pacientky člověk v jiném stresu, než po úraze. Má obavy, že nebude vše stíhat z důvodu pohybu na vozíku. Podle pacientky názoru si všechno musí pacient řádně urovnat v hlavě, poté dojde k poklesu stresu.

Dále dodává, že měla velké obavy z cizího (neznámého) prostředí, zda tam budou schody, otevřený (veřejný a dostupný) záchod, jestli bude někdo ochoten jí pomoci. V začátcích je to horší, po nějaké době se člověk naučí své „zaběhnuté“ trasy. Je výhodou mít s sebou někoho na pomoc. „Na pomoc cizích lidí se nedá spolehnout“, dodala. Podle pacientky nemají všichni zdraví lidé zručnost manipulovat s vozíčkářem.

Sociální anamnéza

Pacientka bydlí sama v bytě. V kontaktu s blízkou rodinou je neustále, i když nebydlí v Praze jako ona. Nejvíce tráví čas s kamarádkou. Sourozence pacientka žádného nemá.

Nynější onemocnění

Pacientka měla v roce 1996 autonehodu. V té době nebyla v automobilu sama, byla na sedadle pro spolujezdce.

Druhá část rozhovoru (katamnéza o pacientce)

Pacientka byla operovaná až 4 týdny po úraze, nemá kompletně porušenou míchu. Operace proběhla z důvodu nezastavení krvácení. Pacientka není schopna chůze, došlo k poruše motoneuronu, kdy se dostavily i křeče. Klinický obraz pacientky je přirovnán k vozíčkářům, ale nedošlo k tolika zasažením, jako je běžné při úrazech míchy.

Pacientka měla ileotrombofilní flebitidu ve zlomenině krčku. Dlouhodobě docházela na Quick testy, ale naštěstí se srážlivost krve upravila do normální hodnoty. Dochází i na kontrolní sonografické vyšetření. Pacientka má chabý močový měchýř, byla

inkontinentní cca půl roku. Musela nosit plenky. Ve srovnání s ostatními pacienty nemá problémy s defekací. Jiné problémy s dalšími tělními soustavami neměla.

V době, kdy měla pacientka úraz, neexistovaly žádné pomůcky pro autokatetrizaci apod. V případě této pacientky nebyla ani nutná. Pacienta má chabý močový měchýř, chodí tedy velmi často na záchod, ale nevymočí velké množství. Neumí si sama ani představit, že by si musela provádět autokatetrizaci: „Tam není ani žádná sterilita“, dodala. Podle pacientky není autokatetrizace vůbec bezpečná z důvodu zanesení infekce, která by mohla způsobit další komplikace. „Je to otázka pro doktory.“

První období (spinální jednotka-nefungovala)

Po úraze byla pacientka převezena na ARO a poté na rehabilitaci. Na ARO (JIP) byla pacientka hospitalizována po dobu 2-3 měsíců. V této době nebyly ještě spinální jednotky otevřeny. Pacientka musela být ze začátku na UPV (zavedena tracheotomie) skoro celý měsíc. Pacientka si toto období moc nepamatuje, protože byla pod silnými sedativy. Po extubaci tracheostomie u pacientky vznikl v místě zánět, který nikdo z lékařů nerozeznal, proto pacientku léčili dva roky na astma. Až při operaci zlomeniny byla zjištěna stenóza trachey. Měla pouze z 1/3 průchozí tracheu. Dodnes má problémy s dýcháním. Proto byla pacientka na laseru před deseti lety, na kontroly již pacientka chodit nechce.

Po hospitalizaci na ARO (JIP) byla pacientka převezena na JIP 2, kam pacientka chodila na praxi, jako studentka, před úrazem. Bylo to pro ni velice smutné. Na pokoji byla s dalšími třemi pacientkami. Na podmínky na oddělení si docela stěžovala: „Exitus osmdesátiletého člověka tam byl celkem běžný, kdybych nebyla z oboru, tak se asi zhrouť.“ Zhodnotila to jako takové to vyhoření u každého zdravotníka. Poté byla pacientka přeložena na rehabilitační oddělení.

Na spinální jednotce ležela 14 dní, v době, kdy se jí na zadku objevila bradavice, která musela být následně vyříznuta. Má tedy možnost porovnat léčbu na této jednotce a na ARO nebo JIP.

Rozdíl je prý velice viditelný: „Na spinálních jednotkách je to komfort úplnej oproti tomu ostatnímu.“ Jednoznačně souhlasí, že je velkou výhodou otevření těchto jednotek pro spinální pacienty. „Je to nesrovnatelný.“ Na ARO jich prý na pokoji bylo celkem 12

pacientů: „Bylo to jiný.“ Je velký rozdíl ve vybavení, na spinálních jednotkách jsou pacienti po dvou na pokoji, navíc mají své sociální zařízení. V otázce lidskosti to prý nebylo špatné, ale komfort je komfort. U spinálních jednotek doplnila: „Když tam mají volno, je to komfort.“

Druhé období (rehabilitační ústav)

Na rehabilitačním oddělení byla hospitalizována zhruba 2-3 měsíce. V té době nebyl pobyt na rehabilitaci po tak dlouhou dobu možný, ale prý to zdravotnický personál protahoval, jak jen to šlo. Po této hospitalizaci byla převezena do Kladrub do rehabilitačního ústavu, kde byla hospitalizována zhruba 1 měsíc.

S léčebným režimem byla velice spokojena. Podle pacientky v tomto nemocničním prostředí na pacienty nedoléhají žádné stresy, to prý nastane až v situaci, kdy je pacient převezen do domácího prostředí. Přístup zdravotnického personálu hodnotí velmi kladně, odbornost zdravotníků byla dostačující, byli velice ochotni pacientům se vším pomoci. Vše je na těchto odděleních uzpůsobeno speciálně pro tyto pacienty.

Cvičení bylo velice intenzivní a probíhalo každý den po dobu 2 hodin. Pacientce dělalo problém cvičení mezilopatkových svalů, které prý nemá dodnes. Dokonce až brečela bolestí. Před úrazem nikdy nedělala žádný sport. „Jakou mám dnes fyzičku, takovou jsem předtím nikdy neměla, nebejt vozíku.“ Za tohle vše vděčí své rehabilitační pracovníci, která jí „vydřela“. Především je v rehabilitačních ústavech a odděleních důležité pacienty řádně naučit přesunům z lůžka na vozík a opačně.

Jízdu na vozíku se pacienti učí postupně, na ARO nebo JIP jsou nuceni celou dobu ležet. A do sedu je potřeba pacienty dát postupnou vertikalizací. Pacienti často trpí nízkým tlakem. Vertikalizace je podstatná pro dolní končetiny. Učení se jezdit na vozíku je součástí rehabilitací. Dodala, že nízký tlak je častý problém u pacientů. Má známého kvadruplegika, který když jede do práce, jde tlakově na velmi nízké hodnoty. Jsou prý doporučeny kompresní punčochy a pořádně se po ránu nasnídat. Pacientka si zachovala schopnost chodit, používá 4 bodové chodítka a hole. Tím si udrží správnou funkci stěv a vhodnou hodnotu tlaku.

U pacientky během celé léčby nedošlo k žádným proleženinám ani dalším komplikacím zdravotního stavu. Je to podle pacientky dáno přístupem zdravotnického personálu.

Třetí období (domácí prostředí)

Pacientka měla byt ve 3. patře bez výtahu, byt byl ve vlastnictví určitého majitele, kdy v případě, že by chtěla provést nějaké úpravy, by vše musela platit sama. V souvislosti s rozvodem jejích rodičů nebylo možné přestěhování k nim. Do úprav tohoto bytu nechtěla investovat. Proto žila rok v domově důchodců v Praze, potom dostala byt. Mezitím byla zhruba půl roku v jednom zařízení (diecézní charita), kde byl bezbariérový přístup. Byty byly jako „jednobaňky“. Funguje to prý i dodnes, když člověk nemá na určitou dobu kam jít a potřebuje si zařídit nebo upravit bydlení. Tři roky trvalo, než pacientka bydlela ve vlastním. Pacientka každý týden dojížděla a dojíždí za fyzioterapeutem. Nemyslí si ale, že je to standardní postup. V případě potřeby pacientka osloví někoho z rodiny na pomoc, jinak ale zvládá být doma sama. Pravidelně za ní na pomoc nedochází žádná osoba.

V domácím prostředí musela nechat odstranit prahy a různé koberečky. V kuchyni má pacientka výsuvné moduly. Které lze vysunout ze shora dolů. Úprava PC nebyla potřeba u této pacientky, psát zvládá bez problému. Součástí nutných úprav je bezbariérové bydlení. Informovaná o způsobech úprav v domácím prostředí nebyla, nebyl prý nikdo, kdo by se tím zabýval.

Nejdůležitější pomůckou pro vozíčkáře je podle pacientky pořádný vozík, před 20 lety prý dostala velice nekvalitní až „příšerný“ vozík. Chyběly vhodné kontakty, díky kterým by pacienti sehnali vhodné a kvalitní vozíky. Při vytírání podlahy při předklonu pacientka popisovala, že s vozíkem stála jen na třech kolečkách, proto si z půjčovny musela půjčit další, více vhodnější vozík. V dnešní době jsou prý mnohem lepší vozíky pro vozíčkáře. Od hospitalizace na rehabilitaci si musí pacient zařídit vozík a začít také bojovat. Důležité je podle pacientky znovu nastoupit do práce. „Člověk se při práci přestane litovat.“ Není prý dobré být sám a řešit neustále změny ve své hybnosti.

Polohovací lůžko v domácnosti pacientka nemá, nerozumí, proč ostatní pacienti mají tohle lůžko. „U kvadruplegiků to chápu.“ Jediné co má navíc v lůžku je ovčina, kterou má pacientka pod zadkem pro změkčení povrchu. Dodala, že možná časem, až bude starší, bude potřeba pořídit polohovací lůžko.

Dále zmínila automobil, aby se mohla pohybovat, samozřejmě automobil upraven na ruční řízení pro paraplegiky. Je možné každé auto předělat na ruční ovládání. Tuto úpravu lze opět předělat na normální řízení auta pro případ, že by se ho chtěl pacient zbavit (prodat ho). „Nejde o žádný zásah do motoru.“ Na úpravu automobilu je určitý příspěvek, je to jeden z několika, které mají tito pacienti možnost využít. „Jsou dva ‘koše’, jeden je na auto a druhý na úpravu auta.“ Peněz je prý dostatečné množství. Podle názoru pacientky nemusí plegický pacient dělat rekondiční cvičení v ručním řízení automobilu. Dodala, že je důležité zapsat tuto změnu v ovládání automobilu do řidičského průkazu i technického průkazu. „Policajti jsou pak nepříjemní.“

Čtvrté období (psychická podpora)

V nemocnici to na pacientku nemělo žádný dopad po stránce psychické, na pobyt v Kladrubech si už ale stěžovala. Kolem pacientky byli další vozíčkáři, takže už to nějaký ten dopad na její psychiku mělo. „Byla tam taková divná společnost, vytrhnou Vás z Vašeho přirozeného prostředí, k lidem, se kterými si nemáte co říct a nikdy v životě jste je nepotkali.“ Pacientka to popisuje jako velký šok. „Je to důležité to nějak přežít.“ Velkou podporou pro pacientku byla spousta lidí a nejen rodina, přátelé, ale i zdravotnický personál. Během hospitalizace nebyl k dispozici pacientům žádný psycholog. Je nutné, aby psycholog dotyčnému pacientovi „sednul“.

V průběhu léčby se pacientka hodně krát cítila úplně bezradně, nevěděla, co bude dál dělat. Nejvíce na začátku léčby. Fázemi sebeobviňování, obviňování druhých, depresí a dalšími fázemi si pacienti prochází již na ARO nebo JIP krátce po úraze. V tomto období má pacient spoustu času přemýšlet. K poslední fázi, kdy se pacient rozhodne jít dál, musí dospět již v nemocnici (na rehabilitaci). Podle pacientky se tyto fáze mohou navrátit a několikrát se opakovat.

Pacientka není zastánkyní toho, že by se měli pacienti po poškození míchy někde separovat a předávat si účelně své zkušenosti navzájem. „Pokud si to mají říct, tak si to řeknou.“ Na druhou stranu to na někoho může padat až depresivně, když je mezi dalšími postiženými pacienty. Sama si nemyslí, že toto prostředí je úplně vhodné pro všechny vozíčkáře. „Člověk si to musí nejdřív sám v sobě srovnat.“ A to netrvá týden nebo dva, ale třeba i rok. „Kdybych pracovala mezi všema vozíčkářema, tak by mě trefilo.“ Jsou prý dva typy lidí, ti, kterým to vlezlo do hlavy a ti, kterým to do hlavy nevlazlo.

Bolest pacientku trápila a trápí ji i dnes. Často trpí migrénami zhruba 1x za měsíc, pociťuje ztuhlost v bedrech, krku a nohách, ale i přes bolest se snaží pracovat a fungovat na 100%. Ne vždy to ale jde, a už vůbec ne u vozíčkářů, kteří musí být v pozici vsedě. Když je pacientce zle, musí ležet. Dodala: „Poloha v předklonu je nejlepší“, uleví se zádům i krku. Brát jen tak nějaké léky nechce, zkoušela mazání konopnou masťou, která jí pomohla. Bolest pacientka zmírňuje pravidelným cvičením. U vozíčkářů dochází ke zkracování svalstva v oblasti přechodu hrudníku v bedra. Byla směřována k tomu, že co jí bolí, je dobře.

Spasticitu hodnotí jako největší problém, který trápí plegické pacienty. I přes provádění pravidelného cvičení dochází k paradoxnímu stažení svalů, kdy se spasmy ještě znásobí. Každý den pacientka udává výskyt spasmů: „V den, když se probudím a nic mě nebolí, to je svátek.“ Uvádí, že jde o takové mravenčení, až stažení. Doplnila, že v dnešní době jsou bolesti menší, než bývaly. Podle pacientky na to mají vliv i zevní faktory (například alkohol) a zároveň také psychický stav pacienta. Kvadruplegici jsou na tom mnohem hůř než paraplegici. „Klátí je to z vozíku.“ Čím výše je míšňí léze, tím je spasticita větší, je větší nefunkční část těla. Pacienti často berou Lyrika na spasmy. Zmírňuje to jejich bolesti. Další problémy, které pacientka zmínila, které trápí tyto plegické pacienty, jsou popáleniny (nejčastěji o topení nebo parňí žehličku), dále jsou to časté otoky dolňích končetin (lymfedémy).

Při otázce, která se týkala oblečení, pacientka vytkla důležitost vhodného materiálu, ze kterého je oblečení vyrobeno, dále musí být dostatečně pohodlné a volné. Pacientka preferuje džíny z bavlny. Musí být kůže dostatečně provětrávána. Již samotný obal, na kterém pacient sedí na vozíku, je z nějaké umělé hmoty nebo kůže, která není příliš vhodná.

Informace o tom, že se mají pacienti pravidelně prohlížet, neobdržela, slyšela to od úplně někoho jiného, takže si myslí, že by tato informace měla být více šířena. Myslí si, že se ženy kontrolují daleko více, než muži. „Je to obecné pravidlo, ta kontrola je velmi důležitá.“ Vhodné je velké zrcadlo v koupelně, kdy si pacient může zkontrolovat zadňí část těla, na kterou přímo nevidí. Jednou pacientka trpěla horečkami v souvislosti s hematomem na zádech, netušila, proč trpí horečkami, než si nezkontrolovala záda. Apeluje na tuto kontrolu, která by měla být prováděna pravidelně. Tato pacientka ji provádí 2-3x do týdne.

Při předcházení dekubitům nestačí jen vybrat správný sedák, záleží na dostatečném pohybu a hydrataci, udržování pacienta v čistotě, dále také nutné pravidelné polohování. Zároveň znát svou aktuální hmotnost, aby byla přiměřená. U kachektických pacientů i u obézních je to větší problém. Zdůrazňuje důležitost informovat pacienty o polohování, i v případě, že pacient bude nastupovat někde na pracovní pozici.

Mezi vhodné sporty zařadila plavání, jízdu na kole, jachting, volejbal, basketbal, potápění, atletiku, horolezectví. Při potápění se nepozná rozdíl mezi plegickým pacientem a zdravým pacientem. Pod vodou si chtějí něčeho dosáhnout. Jsou odproštěni od vozíku, užívají si pohybu pod vodou. Pacienti ani po úraze nemusejí přestat sportovat, naopak jsou v tom podporováni. „Záleží, jaký máte kolektiv.“ Sama jezdí pravidelně na jízdním kole a má moc ráda vodu: „Ve vodě máte 1/10 vlastní váhy.“ Bylo jí prý nabídnuto i letět letadlem, kdy ale byla cena 10 000,-, což je docela vysoká cena. K potápění se vyjádřila: „Je to dost riskantní sport i pro zdravé.“ Někteří pacienti sportují i závodně a získali již několik medailí. Na závěr je tedy nutné říci, aby se plegičtí pacienti nevzdávali svých sportovních snů a přání.

Mez plány pacientky do budoucna patří: dopsání dizertační práce, dále nějaké osobní plány. Aktuálně zpracovává dizertační práci zaměřenou na výživu u plegických pacientů.

19 Výsledky z pozorování nonverbálních projevů

Pozorování probíhalo vizuálně. Sledovala jsem u pacientů mimiku, gestiku, posturologii, pohledy, tón a tempo řeči, úpravu zevnějšku.

19.1 Pacient 1

Celkově na mě tento pacient působil sympaticky, byl velice skromný. Základní společenské návyky ovládal. Dbal o svůj zevnějšek. Jeho mimika byla přiměřená, odpověděl na všechny položené otázky. Vystupoval velmi zdvořile, opatrně, formálně a přirozeně. Držení horní poloviny těla bylo ochablé a shrbené. Gestika byla velmi chabá. Při rozhovoru pacient občas pohlédl na zem, jinak jeho pohledy očí byly přímé. Během rozhovoru se výraz v obličeji pacienta měnil, v první fázi byl pozitivně naladěný, u několika otázek se i pousmál. V té druhé fázi rozhovoru, kdy došlo na otázky, které se týkaly jeho úrazu, a on musel zavzpomínat na toto období, se jeho výraz změnil na smutný. Pohyby rukou byly minimální, skoro po celou dobu měl ruce položené volně na stehnech. Stisk ruky spíše slabší. Tón řeči tichý a tempo řeči normální, pacient se moc sám nerozpovídal, odpovídal pouze na předem kladené a konkrétní otázky.

19.2 Pacient 2

Tento pacient na mě působil více sympaticky, než pacient 1. Byl velmi výrazný, ovládal základní společenské návyky, vystupoval zdvořile, rozhodně, formálně, přirozeně a sebejistě. Držení těla bylo vzpřímené. Dbá o svůj zevnějšek. Mimika i gestika byly přiměřené, po celou dobu udržoval přímý pohled do očí. Při vzpomínání na přístup zdravotnického personálu protočil oči a svrástl čelo. Pacient mi přišel velice optimistický i přes to, co vše během své léčby zažil. Pohyby rukou přiměřené, často si projížděl rukou ve vlasech. Při popisování určitých situací použil k názorné ukázce obě ruce najednou. Stisk ruky pevný. Tón řeči a tempo řeči normální, oproti pacientovi 1, byl tento pacient hodně vypravěčský typ. Bylo znát, že si prošel hodně situacemi, které ho poznamenaly. Odpověděl na veškeré kladené otázky. V současné době se věnuje předáváním svých zkušeností ostatním vozíčkářům.

19.3 Pacientka 3

Pacientka na mě působila velmi sympaticky, skromně, zdvořile, přirozeně. Ovládala základní společenské návyky. Dbá o svůj zevnějšek. Držení těla bylo rovné a vzpřímené. Mimika i gestika byly přiměřené. Během celého rozhovoru udržovala přímý pohled do očí. Při pohledu stranou přemýšlela, jak celá situace, kterou právě popisovala, probíhala. Během rozhovoru, kdy jsme řešily její dceru, se stále usmívala, vypadala velice pozitivně a šťastně. Dcera je její nejsilnější motivací. Odpověděla na všechny mé otázky. Při rozhovoru se po chvíli více rozpovídala sama. Na začátku byla více nervózní, nebyla si jistá, co od ní budu očekávat a možná měla i trošku strach z kladených otázek. Pohyby rukou byly přiměřené, občas si podepřela hlavu jednou rukou, měla nalakované a upravené nehty. Barva laku růžová. Stisk ruky pevný. Většinu času držela oběma rukama hrneček na stole.

19.4 Pacientka 4

Celkově na mě pacienta zapůsobila velice sympaticky, výrazně, zdvořile, sebejistě, přirozeně a korektně. Základní společenské návyky ovládá. Již z prvního dojmu na mě působila jako velmi starostlivá o ostatní. Její držení těla bylo rovné a vzpřímené. O svůj zevnějšek dbá. Mimika a gestika byly přiměřené, celou dobu udržovala přímý pohled. Při rozhovoru se často usmívala, působila velice spokojeně a šťastně. Zodpověděla veškeré otázky. Tón řeči a tempo řeči normální, spíše vypravěčský typ. Má za sebou spoustu zkušeností, které moc ráda předává dál. Pohyby rukou byly přiměřené, stisk ruky pevný. Většinu času měla ruce položené na stole a propletené prsty. Nalakované nehty na červeno. S touto pacientkou jsem si rozuměla nejvíce, bylo hodně věcí, na kterých jsme se shodly, a předala mi neuvěřitelné množství informací. Měla jsem tu čest slyšet názor zdravotní sestry, který se nedá srovnat s ostatními. Myslím si, že má ráda svůj klid a nevadí jí, když je v domácím prostředí sama.

20 Zpracování ošetřovatelských modelů podle 12 funkčních vzorců zdraví Marjory Gordonové

20.1 Pacient 1

<p>1. Vnímání zdraví, snaha o udržení zdraví</p>	<p>Pacient byl ihned po úraze míchy hospitalizován v Praze na Vynohradech, kde byl třikrát operován. Následně strávil 10 dní na ARO a 10 dní na JIP, kde čekal, až se uvolní místo na spinální jednotce. Před tímto úrazem neprodělal žádná vážná onemocnění a s ničím se dlouhodobě neléčil. Je velice snaživý a spolupracuje. Před úrazem byl plně soběstačný.</p>
<p>2. Výživa a metabolismus</p>	<p>Pacient nemá předepsanou žádnou dietu. Od úrazu na sobě pacient pozoruje změny v přijímání potravy. Trpí častým nechutenstvím, nepocítuje chuť k jídlu, ale i přesto se snaží něco během dne sníst, protože ví, že musí.</p>
<p>3. Vylučování</p>	<p>Pacienta od úrazu trápí malá kapacita močového měchýře, několikrát denně se musí sám vycévkovat.</p>
<p>4. Aktivita, cvičení</p>	<p>Pacient není schopen spontánní chůze, od poškození míchy je na vozíku, každý den aktivně sám cvičí rehabilitační cviky pro udržení fyzické kondice. Nejčastěji cvičí s 1kg činkami.</p>
<p>5. Spánek, odpočinek</p>	<p>Pacient nemá problémy se spaním, pocítuje na sobě jen zvýšenou únavu, když je potřebné, aby se kamkoli přemístil na vozíku.</p>
<p>6. Vnímání, poznávání</p>	<p>Pacient je schopen vnímat svou osobu, místo i čas. Jeho psychický stav je aktuálně změněn, „narušen“, v souvislosti s jeho aktuální životní situací. Ostatní ho vnímají jako velmi</p>

	spolupracujícího a snaživého pacienta.
7. Sebepojetí, sebeúcta	Pacient je v současnosti trochu více introvertní, jeho velkou oporou je jeho matka. Cítí se více ve stresu, zda během dne stihne vše, co potřebuje. Má velkou snahu neustále zlepšovat svůj zdravotní stav. Nevzdává to.
8. Plnění rolí, mezilidské vztahy	Pacient má přítelkyni, ve stejném domě bydlí i jeho rodiče, kteří jsou mu velkou oporou, pravidelně za ním docházejí. Jeho sestra s ním má také velmi dobrý vztah a vídají se tak často, jak to jen jde.
9. Sexualita, reprodukční schopnosti	Pacient má dvě děti, se kterými se velmi rád vídá. I po jeho těžké životní situaci je schopen nadále plnit svou rodičovskou funkci.
10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance	Pacient popsal, že od úrazu nevnímá, že by se jeho duševní vnímání nějak změnilo. Občas pociťuje černé myšlenky, ale nikdy u něj nenastala situace, kdy by se cítil úplně bezradně a nevěděl by, co má dále dělat. Pacient neustále bojuje a nic nevzdává.
11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty	Se svým životem byl pacient vždy spokojený, od úrazu se v jeho životě mnohé změnilo, ale i přesto má své plány do budoucna a své cíle, kterých by moc rád dosáhl.
12. Jiné	Neudává.

20.2 Pacient 2

1. Vnímání zdraví, snaha o udržení zdraví	Po úrazu byl pacient převezen do Motolské nemocnice v Praze, kde byl operován. Poté byl hospitalizován na ARO a nadále přeložen na standardní oddělení ortopedie. V době, kdy se pacientovi stal jeho úraz, nebyly ještě spinální jednotky otevřeny. Během své léčby prošel mnoha odděleními, s léčbou na některých z nich nebyl spokojený. Před úrazem se pacient s ničím dlouhodobě neléčil, byl zdrav.
2. Výživa a metabolismus	Pacient neudává žádné změny v jídle. Nedrží žádnou dietu.
3. Vylučování	Pacient trpí častými záněty močového měchýře, tyto problémy před úrazem nemíval. Pravidelně se pacient musí cévkovat.
4. Aktivita, cvičení	Pacient není schopný chůze, je upoután na vozík. Aktivně ale každý den cvičí, zpočátku měl problémy se ohnout k dolním končetinám, to se ale změnilo. Dojíždí za svým fyzioterapeutem 1x týdně.
5. Spánek, odpočinek	Pacient neudal žádné problémy se spánkem, dostatečný spánek přirovnal k lékům na hypertenzi.
6. Vnímání, poznávání	Pacient vnímá sám sebe, místo i čas. Pacient vnímá svou situaci velmi pozitivně, má velkou snahu neustále zlepšovat svou soběstačnost.
7. Sebepojetí, sebeúcta	Pacient má od úrazu změněný psychický stav, vnímá to i u svých rodičů, které to taktéž poznamenalo. Má velkou snahu zlepšit svůj zdravotní stav a zároveň pomáhat i ostatním pacientům, kteří utrpěli míšní poranění.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy	Pacient bydlí s přítelkyní a jeho rodiči. Vzájemné vztahy jsou bez problému. Jeho mladší sestra za ním pravidelně dojíždí.
9. Sexualita, reprodukční schopnosti	Pacient nemá žádné děti, ale v budoucnu by někdy rád měl svou vlastní rodinu.
10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance	Jednou v průběhu léčby vyhledal pomoc psychologa, ale nesplnil jeho očekávání. Popsal určité obavy v souvislosti se sociální izolací, ale naštěstí se často pohybuje ve společnosti lidí a doma tráví minimální čas sám.
11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty	Pacient byl vždy se svým životem spokojený, velmi rád tráví čas ve společnosti jiných lidí. Pacient vede výuku ostatních vozíčkářů v Centru Paraple, kde předává své cenné zkušenosti ostatním.
12. Jiné	Pacient má odoperované kyčelní klouby v souvislosti s diagnostikovanou kalcifikací, ale nemá vloženy endoprotézy, když nikdy nebude schopen chůze. Během léčby byl pacientovi přivozen také dekubit v souvislosti s nevhodnou léčbou. U pacienta byla provedena několikrát plastická operace v souvislosti s odstraněním kyčelních kloubů, které vedlo k tomu, že pacient sedí pouze na sedacích hrbolích, které mu prořezávají sedací sval.

20.3 Pacientka 3

1. Vnímání zdraví, snaha o udržení zdraví	Pacientka náhle ochrnula tři dny poté, co ucítila nepříjemné píchnutí v zádech. U pacientky byla diagnostikována nedokrevnost míchy. V rodině pacientky byla zjištěna trombofilní mutace. Během svého života pacientka neprodělala žádná vážná onemocnění. Mimo běžně prováděná očkování je pacientka očkovaná proti rakovině děložního čípku a klíšťové encefalitidě. Pacientka je po apendektomii, dále u ní byla provedena konizace čípku. Alergii pacientka neudává, trápí jí pouze senná rýma.
2. Výživa a metabolismus	Pacientka neudala žádnou dietu, změnami ve výživě netrpí. Žádné problémy nemá.
3. Vylučování	Pacientka se musí pravidelně samostatně cévkovat. Velice se na nácvik autokatetrizace těšila, je to pro ni přiblížení se zdravým lidem.
4. Aktivita, cvičení	Pacientka není schopna samostatné chůze, je upoutána na jízdu na vozíku. Pravidelně cvičí například s Lokomatem, MOTOmedem nebo exoskeletonem. Největším problémem zpočátku pro pacientku bylo samotné přesunutí z vozíku do lůžka.
5. Spánek, odpočinek	Pacientka nemá žádné problémy se spánkem. Cítí se odpočatá, ale jsou dny, kdy se cítí více unavená.
6. Vnímání, poznávání	Pacientka je schopná vnímat sebe sama, své okolí i čas. Psychický stav pacientky je v souvislosti s danou životní situací změněný. Dává přednost přítomnosti jiných plegických pacientů, cítí se klidněji.

7. Sebepečetí, sebeúcta	Pacientka je extrovertní. Stresové situace pacientka vnímá intenzivněji z důvodu obav o svou dceru. Chce se neustále zlepšovat ve své soběstačnosti. Má velký zájem a snahu.
8. Plnění rolí, mezilidské vztahy	Pacientka má manžela, který pracuje v zahraničí, a tak je doma přes týden sama s dcerou. Pravidelně se vídá se svými rodiči, kteří jí pomáhají s jejich vnučkou. Pacientka má mladšího bratra, se kterým se také schází.
9. Sexualita, reprodukční schopnosti	Menarche ve čtrnácti letech, menstruace pravidelná, pacientka dlouhodobě užívala hormonální antikoncepci. Pacientka má tříletou dceru, čekala dvojvaječná dvojčata, ale z důvodu diagnostikování transfuzního syndromu byl u pacientky proveden císařský řez a přežilo pouze jedno z dvojčat. Další děti pacientka zatím neplánuje, v budoucnu by chtěla ještě jedno, aby dcera nebyla sama.
10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnutí, tolerance	Pacientka pociťuje neustálý stres v souvislosti s tím, zda během dne stihne vše zařídit, postarat se o dceru a zároveň i o domácnost. Každá maličkost, která se týkala zlepšení její soběstačnosti, pro ni znamenala velký úspěch a radost.
11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty	Pacientka je se svým životem spokojená, ráda tráví čas mezi lidmi, ale na druhou stranu jí nevadí, když je doma přes den sama. Ráda by opět znovu začala pracovat.
12. Jiné	Pacientku trápí velmi často neuropatická bolest, která se dá špatně ovlivnit. Menší bolest hodnotí po vydatnějším spánku.

20.4 Pacientka 4

1. Vnímání zdraví, snaha o udržení zdraví	Pacientka po autonehodě, kdy u ní nedošlo ke kompletnímu poškození míchy. Byla nutná operace z důvodu nezastavení krvácení. Po úraze byla pacientka převezena na ARO, kde byla hospitalizovaná 2-3 měsíce. Pacientka musela být zpočátku na UPV. Před úrazem míchy pacientka neutrpěla žádná vážná onemocnění a nepodstoupila ani žádnou operaci. Pacientka je očkovaná proti běžným onemocněním a nechala se také očkovat proti chřipce. Pacientka udala alergii na persteril a chirurgickou ocel.
2. Výživa a metabolismus	Pacientka nedrží žádnou dietu, ani před úrazem. Sama se zabývá studiem výživy u plegických pacientů. Žádné změny ve výživě od úrazu nevnímá.
3. Vylučování	Pacientka má chabý močový měchýř a byla zhruba půl roku po úrazu inkontinentní. Musel nosit plenky, ale nemusí se sama každý den cévkovat.
4. Aktivita, cvičení	Pacientka je nyní schopna chůze o 4 bodovém chodítku nebo o berlích, vděčí za to velmi intenzivnímu cvičení, na které nedá dopustit. Pravidelně sama provádí rehabilitační cvičení.
5. Spánek, odpočinek	Pacientka neudala žádné problémy se spánkem. Skoro každý den se probouzí s bolestmi. Pravidelně ji trápí migréna, kvůli které není schopna fungovat přes den a musí ležet. Skoro neustále jí provází spasticita svalů.
6. Vnímání, poznávání	Pacientka je schopna vnímat sebe sama, okolí i čas. Psychický stav pacientky je aktuálně změněný. Nezastává názor, že by se měla pohybovat někde mezi lidmi

	a neměla by doma zůstat sama. Má ráda svůj klid, pokud by chtěla slyšet nějaký názor od druhého, tak se zeptá.
7. Sebepečetí, sebeúcta	Pacientka je velmi extrovertní, i po úraze. Stresové situace popisuje trochu odlišně, než před úrazem. Má neustálou snahu se zlepšovat ve své soběstačnosti. A ráda předává své zkušenosti ostatním lidem.
8. Plnění rolí, mezilidské vztahy	Pacientka nemá aktuálně žádného přítele ani manžela. Rodina za ní pravidelně dochází. Nejčastěji tráví svůj čas s její nejlepší kamarádkou. Pacientka nemá žádného sourozence.
9. Sexualita, reprodukční schopnosti	Menarche v patnácti letech. Pacientka nemá žádné děti a nebyl u ní proveden žádný potrat. Děti by v budoucnu chtěla, ale zatím to nějak neřeší. Návrat menstruačního cyklu po úraze byl velmi rychlý.
10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance	Pacientka se cítí ve stresu celý svůj život, neudává, že by se něco od úrazu změnilo. Dále uvedla, že pociťuje větší obavy, aby vše během dne stihla. Má obavy z cizího prostředí, ve kterém se neorientuje.
11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty	Pacientka byla se svým životem spokojena. I po úraze je schopná nadále pracovat z domova. Společnost lidí příliš nevyhledává, ale se svou kamarádkou se ráda setkává. Aktuálně se věnuje své dizertační práci, kterou zaměřila na oblast výživy u plegických pacientů. Má velkou snahu pomáhat ostatním pacientům po úraze míchy.
12. Jiné	U pacientky se objevila ileotrombofilní flebitida ve zlomenině krčku kosti stehenní. Docházela na Quick testy a sonografické vyšetření. Musela brát

ATB. Pacientce byla diagnostikována sideropenická anémie, a proto musí pravidelně užívat železo. Po extubaci tracheostomie vznikl u pacientky zánět, byla zjištěna také stenóza trachey, v této souvislosti má pacientka problémy s dýcháním, podstoupila laserový zákrok.

21 Sestavení edukačních plánů

21.1 Pacient 1

Účel

Edukace pacienta po úrazu míchy zaměřená na dodržování správného sedu na vozíku

Cíl

Pacient bude znát důsledky nedodržení správného sedu na vozíku

Výukové metody

- přednáška
- vysvětlování
- instruktáž
- praktické cvičení
- rozhovor
- konzultace
- práce s textem
- e-learning

Pomůcky

- power-point
- fotografie
- vozík
- instruktáž
- článek
- brožura
- statistika
- PC
- výukové filmy

Kognitivní cíl

Specifický cíl

Pacient bude umět zdůvodnit důležitost dodržování správného sedu na vozíku a zároveň i důsledky, které mohou vzniknout při jeho nedodržení.

Hlavní bod plánu

Pacientovi vysvětlíme podstatu správného sedu na vozíku a také důsledky, které vznikají u těchto pacientů při špatném sezení na vozíku.

Časová dotace

10-15 minut

Hodnocení

Pacient vysvětluje důsledky nedodržení správného sezení na vozíku, dále popisuje, jak by měl správný sed vypadat.

Afektivní cíl

Specifický cíl

Pacient bude aktivně spolupracovat se zdravotnickým personálem a bude trpělivý.

Hlavní bod plánu

Pacientovi zdůvodníme důležitost spolupráce se zdravotníky a zároveň mu vysvětlíme, že je důležitá trpělivost jak z jeho strany, tak i ze strany zdravotnického personálu.

Časová dotace

10-15 minut

Hodnocení

Pacient aktivně spolupracuje s personálem, je velice trpělivý a snaživý.

Psychomotorický cíl

Specifický cíl

Pacient bude umět správný sed na vozíku.

Hlavní bod plánu

Pacientovi názorně ukážeme, jak by měl správný sed na vozíku vypadat a řekneme mu, ať to sám vyzkouší v naší přítomnosti (je nutná přítomnost fyzioterapeuta).

Časová dotace

20-25 minut

Hodnocení

Pacient samostatně a správně sedí na vozíku, každý den aktivně trénuje sed na vozíku a také samotnou jízdu.

21.2 Pacient 2

Účel

Edukace pacienta po míšní lézi zaměřená na prevenci vzniku dekubitu.

Cíl

Pacient bude znát vše, co zahrnuje prevenci vzniku dekubitu.

Výukové metody

- přednáška
- vysvětlování
- instruktáž
- praktické cvičení
- rozhovor
- konzultace
- práce s textem
- e-learning

Pomůcky

- power-point
- fotografie

- antidekubitní matrace, antidekubitní podsedák do vozíku
- instruktáž
- leták
- článek
- obrázky
- PC
- internet
- výukové filmy

Kognitivní cíl

Specifický cíl

Pacient bude umět vyjádřit, co všechno spadá do prevence vzniku dekubitu.

Hlavní bod plánu

Pacientovi řekneme, co je nutné dodržet, aby nevznikl žádný dekubit.

Časová dotace

10-15 minut

Hodnocení

Pacient samostatně vysvětluje důležité zásady, které patří do prevence vzniku dekubitu.

Afektivní cíl

Specifický cíl

Pacient bude aktivně spolupracovat se zdravotnickým personálem.

Hlavní bod plánu

Pacientovi zdůvodníme důvody, proč je podstatná jeho každodenní spolupráce.

Časová dotace

10-15 minut

Hodnocení

Pacient aktivně spolupracuje s personálem, je velmi komunikativní.

Psychomotorický cíl

Specifický cíl

Pacient bude umět odlehčit predilekční místa, která jsou náchylná ke vzniku dekubitu.

Hlavní bod plánu

Pacientovi názorně ukážeme, jak lze odlehčit predilekčním místům na vozíku (zejména v oblasti sakra)-nutná spolupráce s fyzioterapeutem.

Časová dotace

15-20 minut

Hodnocení

Pacient sám aktivně odlehčuje sakrální oblast vsedě ve vozíku, je velice snaživý.

21.3 Pacientka 3

Účel

Edukace pacientky s ischemií míchy zaměřena na provádění pravidelného rehabilitačního cvičení.

Cíl

Pacientka bude umět správně provádět rehabilitační cviky, které potřebuje trénovat.

Výukové metody

- přednáška
- vysvětlování
- instruktáž
- praktické cvičení
- rozhovor
- konzultace

- práce s textem
- e-learning

Pomůcky

- power-point
- fotografie
- míč, žíněnka, činky
- instruktáž
- obrázky, leták, časopis, brožura
- PC, internet, výukové filmy

Kognitivní cíl

Specifický cíl

Pacientka bude znát postup správného rehabilitačního cvičení potřebných svalových skupin (nutná spolupráce s fyzioterapeutem).

Hlavní bod plánu

Pacientce popíšeme, jak má postupovat při cvičení s jednotlivými svalovými skupinami.

Časová dotace

10-15 minut

Hodnocení

Pacientka sama rozebírá celý průběh samotného cvičení.

Afektivní cíl

Specifický cíl

Pacientka bude aktivně spolupracovat s fyzioterapeutem.

Hlavní bod plánu

Pacientce zdůrazníme důležitost spolupracování při cvičení a aktivní účast na cvičení pod dohledem fyzioterapeuta.

Časová dotace

10-15 minut

Hodnocení

Pacientka aktivně spolupracuje a komunikuje s fyzioterapeutem při rehabilitačním cvičení.

Psychomotorický cíl

Specifický cíl

Pacientka bude umět správně provádět veškeré důležité rehabilitační cviky (nutná spolupráce s fyzioterapeutem).

Hlavní bod plánu

Pacientce názorně předvedeme základní rehabilitační cviky, které je potřeba, aby se naučila a trénovala je.

Časová dotace

25-30 minut

Hodnocení

Pacientka se postupně zlepšuje v provádění jednotlivých rehabilitačních cviků.

21.4 Pacientka 4

Účel

Edukace pacientky po poranění míchy zaměřená na prevenci vzniku pádu.

Cíl

Pacientka bude vědět, co musí dodržovat pro prevenci pádu.

Výukové metody

- přednáška
- vysvětlování
- praktické cvičení
- rozhovor

- práce s textem

Pomůcky

- power-point
- fotografie
- chodítko, berle
- obrázky

Kognitivní cíl

Specifický cíl

Pacientka bude umět popsat důležité kroky v prevenci pádu.

Hlavní bod plánu

Pacientce sdělíme, co je potřeba dodržovat pro prevenci pádu.

Časová dotace

10-15 minut

Hodnocení

Pacientka samostatně hovoří o důležitých krocích, které zabraňují vzniku pádu.

Afektivní cíl

Specifický cíl

Pacientka bude aktivně spolupracovat a souhlasit s preventivními opatřeními.

Hlavní bod plánu

Pacientce rozebereme důležitost dodržování preventivních opatření i podstatu její aktivní spolupráce.

Časová dotace

10-15 minut

Hodnocení

Pacientka aktivně spolupracuje, souhlasí s preventivními opatřeními, komunikuje s personálem.

Psychomotorický cíl**Specifický cíl**

Pacientka bude umět správně chodit s chodítkem nebo s berlemi.

Hlavní bod plánu

Pacientce názorně ukážeme, jak má správně chodit s chodítkem nebo s berlemi (nutná přítomnost fyzioterapeuta).

Časová dotace

20-25 minut

Hodnocení

Pacientka samostatně nacvičuje chůzi s chodítkem i o berlích pod dozorem fyzioterapeuta, postupně se její chůze o něco zlepšuje ve stabilitě.

22 DISKUSE

V mé bakalářské práci se soustředím na problematiku rehabilitačního ošetřovatelství u spinálních klientů. Zaměřuji se především na celkovou ošetřovatelskou péči, která je pacientům po poškození míchy poskytována. Nejvíce mě zajímá subjektivní názor pacientů na péči ve spinálních jednotkách, v rehabilitačních ústavech i na spondylochirurgických odděleních v čase, kdy spinální jednotky nebyly otevřeny (nefungovaly). Dále zjišťuji navazující péči, která probíhá v domácím prostředí pacienta. A nesmím opomenout důležitost psychické podpory u těchto pacientů. Zjistím celkovou anamnézu u každého pacienta, abych získala celkový obraz o každém pacientovi k dosažení svých cílů. V této části shrnu výsledky mého šetření, uvádím své výstupy do praxe a zároveň porovnávám výsledky mého šetření s odbornou literaturou.

Mým prvním cílem bylo zpracování kazuistik u každého z pacientů. Z vlastně vytvořeného podkladu kladených otázek se mi podařilo získat mnoho podstatných informací. Výzkumná studie probíhala zhruba 4 měsíce, kdy jsem po celou dobu byla v kontaktu s vedoucí Centra Paraple a CZEPTY a na počátku svého výzkumu jsem si vybírala vhodné probandy ke svému výzkumnému šetření. Sběr informací probíhal pomocí polostrukturovaného rozhovoru, kdy jsem se řídila podkladem daných otázek, na které jsem potřebovala znát odpovědi. Během každého rozhovoru jsem si také u každého pacienta zaznamenávala jeho nonverbální projevy. Podařilo se mi zjistit, že někteří pacienti nebyli schopni o svém úrazu hovořit beze změn v mimice, gestice a tónu řeči. U dvou respondentů jsem si všimla výraznějších změn v nonverbálních projevech, tyto pacienti byli kratší dobu po míšni lézi v porovnání se zbylými dvěma pacienty, kteří se aktuálně nacházejí v jiném časovém rozmezí po míšním poranění. Každý rozhovor jsem rozdělila do dvou částí. První část se týkala anamnézy pacienta a druhá část byla soustředěna na poskytování odborné péče v průběhu celého léčebného režimu, kterým pacienti prošli. V anamnézách jsem zjistila, že každý z pacientů měl velkou rodinnou oporu a vhodné zázemí. Změnu jsem objevila ve farmakologické anamnéze, každý pacient po míšním poranění užívá mnoho léků v souvislosti se změnami ve fungování tělesných soustav. Někteří byli přesvědčeni, že množství léků, které jim lékaři předepsali, nebyli k užitku, ale naopak jim ubližovali, nebo na sobě sami nezpozorovali žádné změny k lepšímu a rozhodli se nic dále neužívat. Jiným problémem byla oblast pracovní, ne každý pacient je schopen po úraze nadále vykonávat svou funkci na pracovní pozici. Velmi mě však překvapilo, že i

pacient po poškození míchy je schopen pracovat jako osoba samostatně výdělečně činná, nebo třeba být zaměstnán/a na záchranné službě. Další možností je, že pacienti, kteří jsou delší dobu po míšní lézi, vyučují a edukují ostatní pacienty, kteří jsou krátce po míšním poranění. Případalo mi, že jejich doporučení přijímají mnohem více, než od odborných pracovníků v průběhu celého léčebného režimu.

Druhým cílem byla analýza potřeb u všech pacientů podle ošetřovatelského modelu dvanácti funkčních vzorců zdraví podle M. Gordonové a jejich následné porovnání. V oblasti vnímání zdraví a snaze o jeho udržení byli pacienti velmi spolupracující, svůj zdravotní stav chtěli zlepšit (změnit). Před úrazem byli všichni pacienti plně soběstační, nikdo z nich se neléčil s žádnou vážnou nemocí nebo chorobou. Oblast výživy a metabolismu už nebyla u všech stejná. Někdo od úrazu trpěl velkým nechutenstvím a do jídla se musel přímo nutit. Nikdo z pacientů ale neměl předepsanou žádnou dietu, ani před úrazem. Informace o tom, že strava je pro ně velice důležitá, obdrželi a řídili se tím. Vylučování bylo pozměněno u každého z pacientů. Od úrazu nebyli kontinentní. Došlo k poškození ovládání svěračů močového měchýře, u všech byla potřeba zavedení permanentního močového katétru, který nemohli mít zavedený na stálo. Museli se naučit správný postup autokatetrizace, díky níž se přiblížili normálnímu fungování. Ne všichni byli toho názoru, že bez autokatetrizace by nemohli existovat. Setkala jsem se s takovým názorem, že vlastně samotná autokatetrizace prováděná paraplegikem není sterilní. V této souvislosti se u pacientů mohou objevovat různé obavy ze vzniku infekce, která se velmi snadno dostane do vylučovacího ústrojí a může tak způsobit pacientovi velké problémy. Problémy jsou i s pomůckami, které se využívají při samostatném cévkování, někteří plegičtí pacienti jich denně spotřebují více, než jim dodávají firmy na den, proto se někdy stane, že nemají dostatek pomůcek. V případě mých respondentů to nebyl zrovna jejich případ, s firmami, které jim dané pomůcky dováží, není žádný problém se domluvit bez problémů a obdržet tedy pomůcky k autokatetrizaci navíc. Aktivita a cvičení je u těchto pacientů nepostradatelná. Díky pravidelnosti mohou dosáhnout mnohem vyšší úrovně soběstačnosti, díky níž budou moci samostatně fungovat bez pomoci druhých a zároveň si zachovat funkčnost svalových skupin a fyzickou kondici. Posilování s těžšími pomůckami, jako jsou činky nad hmotnost 1kg se nedoporučují. Vnímání a poznávání se u všech pacientů změnilo, od úrazu vnímají stresové situace jinak. Někdo popsal stres nadměrný a jiný zase na stejné úrovni, ale jiného charakteru. Přesný popis změn ve zvládnutí stresových

situaci ale nedokázali vyjádřit slovně. Obecně popsali stres z důvodu obav, aby stihli vše potřebné za den. Oblast sebepojetí a sebeúcty je moc důležitá. Každý pacient přijal změnu ve svém životě odlišně. Někteří se stáhli do sebe, nechodili do společnosti, trávili čas pouze v přítomnosti svých nejbližších, cítili, že jejich blízcí mají pozměněný psychický stav, který souvisí s jejich aktuální situací. Všichni pacienti nevzdávají boj s jejich náročnou životní situací, neustále bojují a snaží se sami sebe překonávat. Oblast mezilidských vztahů byla u každého respondenta bezproblémová. Všichni se navzájem v rodině podporovali. Dva ze čtyř pacientů mají i své potomky, ani tyto vazby se nijak nepozměnili od úrazu, pacienti často uvádějí velkou empatii a nadměrný zájem o jejich osobu ze strany jejich dětí. Schopnost reprodukce jsou všichni pacienti po míšni lézi, někteří dříve, jiní déle. Těžkou situací je rozhodnutí o tom, zda mít vůbec své první dítě. U pacientů převládají velmi silné obavy, že nebudou schopni se o dítě postarat, když sami nikdy nebudou moci chodit. V jiném případě jsou tu i otázky u těch pacientů, kteří už jedno dítě mají a chtějí by další, ale nevidí to v reálném světle. Mým názorem je zdůraznění individuality jedince, záleží na každém, jak se k tomu postaví a zároveň jak se rozhodne, ale s dohledem odborného zdravotnického personálu je možnost založení rodiny velice reálná. Při zvládání zátěžových situací pacienti uvedli, že se občas cítili bezradně, ale srovnali to se stavem, který byl před míšním poraněním. Žádný z pacientů netrpěl suicidálními myšlenkami. Oblast životních hodnot byla rozdílná u každého pacienta. Někdo měl plno plánů v pracovním životě a jiný zase v tom osobním, všichni byli zaměřeni dopředu a viděli své budoucnosti ve světlých barvách. O konkrétních plánech se nezmínili, ale alespoň nastínili, o co půjde. V poslední oblasti jsem vytkla u tří pacientů jejich největší problémy a trápení. Z důvodu nevhodné rehabilitační péče poskytované na ortopedickém oddělení byl jednomu pacientovi přivezen dekubit, který dělal dlouhou dobu veliké problémy. Jedna pacientka trpěla neuropatickou bolestí i přes to, že jí byly a jsou podávány léky na její tlumení. U další pacientky se objevila ileotrombofilní flebitida a pacientka byla následně pravidelně sledována. Dále u ní byla diagnostikována sideropenická anémie, proto jí bylo doporučeno užívat železo. Tato pacientka měla také problémy se stenózou trachey, která jí byla přivezena při extubaci tracheostomie.

Mým třetím cílem bylo zjistit úroveň poskytování rehabilitační ošetrovatelské péče ze strany zdravotnických pracovníků. Podstatná pro mě byla péče poskytovaná na spondylochirurgických odděleních nebo na odděleních ortopedie, dále na spinálních

jednotkách a v rehabilitačních ústavech. V dobách, kdy ještě nefungovaly spinální jednotky, byli pacienti hospitalizováni na odděleních, kde zdravotnický personál neměl zkušenosti s plegickými pacienty, mezi tato oddělení patřila například ortopedie. Péči na těchto odděleních pacienti nehodnotili příliš kladně. Ztěžovali si právě na neschopnost, nevědomost a neopatrnost personálu při péči o ně. Již zmíněnému respondentovi byl přivezen první dekubit již na ortopedickém oddělení, kde nikdo ze zdravotnických pracovníků neměl vzdělání k provádění správné rehabilitace s těmito pacienty. Věděli, že s pacientem je potřeba pravidelně cvičit, ale správné cvičení neovládali. U pacienta došlo v souvislosti s prováděním nesprávných cviků s dolními končetinami, respektive s kyčelními klouby, k porušení hybnosti v kyčelních kloubech. Jiným negativním hodnocením bylo vybavení daného oddělení, kdy podle pacientů nebylo příliš vhodné vybaveno k léčbě plegických pacientů. Oddělení nebyla ještě rekonstruovaná a pacienti museli ležet na velice nepohodlných matracích, které nebyly antidekubitní. Výše zmíněný dekubit byl pacientovi přivezen nedostatečnou ošetrovatelskou péčí o oblast kosti křížové. Pacient udal, že hygiena byla nedostačující a nikdo ze zdravotního personálu nebyl schopen pacienta odvést do koupelny a provést základní hygienu. Pacienti hodnotili negativně i počet spolupacientů na pokoji. Na těchto odděleních bylo i 12 pacientů na jednom pokoji, což pro ně bylo velice stresující a působilo to na ně velmi negativně. Souvisejícím problémem byla i neochota zdravotního personálu s dopomocí. Pacienti to vnímali jako nespolupráci, nezáměr možná až strach z nevědomí, co bude pacient žádat a zda té žádosti budou moci vyhovět. Dva z mých respondentů jsou kratší dobu po míšňí lézi, tedy nezažili léčbu jinde, než na spinální jednotce. Zbylí dva pacienti prošli jak ortopedickými a jinými odděleními, tak i spinální jednotkou, a proto jejich srovnání péče pro mě bylo důležité. Všichni se shodli na velmi pozitivním hodnocení spinálních jednotek, kdy v první řadě hodnotili velice vysokou odbornost v oboru, znalost práce s plegickými pacienty a holistický náhled na každého pacienta. Dále jsme řešili vybavení jednotek a také léčebný program. Zdravotníci se snažili pacienty poznávat více osobně, dávali přednost více přátelskému vztahu mezi pacientem a zdravotníkem. Každý z personálu se snažil mimo své pracovní kompetence provádět i psychologickou péči a podporovat a naslouchat trápením pacientů. Problematika informovanosti od zdravotníků k pacientům byla dostatečná, pacienti byli pravidelně proškoleni o tom, jak předcházet dekubitům, omrzlinám, opařením i pádům a jiným komplikacím. Byli i směřováni zdravotníky na navazující léčebný režim v rehabilitačních ústavech. I v těchto ústavech

bylo hodnocení péče na velmi vysoké úrovni, pacienti byli více než spokojeni, dalo by se říci až nadšeni z přístupu zdravotníků. Nejvíce trávili čas s fyzioterapeuty a ergoterapeuty. Někteří dodnes provádějí pravidelné rehabilitační cvičení pod dohledem právě těchto fyzioterapeutů a ergoterapeutů, kteří na ně dohlíželi již v rehabilitačním ústavu a se kterými mají výborný vztah a mají k nim velkou důvěru. Pacienti zdůraznili lidskost zdravotníků. Byli více empatictí a věděli, že pacienti, kteří mají doma děti, se cítí více psychicky zatíženi odloučením od nich, proto i přes psaná pravidla o dodržování léčebného režimu jim umožnili výjimku a propustili je domů na víkend o něco dříve, než ostatní. Je potřeba vytknout jeden podstatný bod, kdy pacienti nejsou včas informováni o tom, že by si měli dopředu objednat a domluvit invalidní vozík. Po propuštění do domácího prostředí může nastat situace, kdy budou muset oslovit nějakou organizaci, která jim vozík jako kompenzační pomůcku prozatím vypůjčí na dobu určitou, než dorazí jejich objednaný vozík na míru. V domácím prostředí většinou pacienti docházejí pravidelně za svým fyzioterapeutem a doma provádí cvičení samostatně. Fyzioterapeuta, za kterým budou dojíždět po propuštění z rehabilitačního ústavu, si pacienti zvolí sami, ale zaneprázdněnost fyzioterapeutů je taková, že jsou schopni se pacientům věnovat pouze jednou týdně. Proto je potřeba, aby si pacienti včas domluvili konkrétního fyzioterapeuta předem, již v průběhu hospitalizace v rehabilitačním ústavu. Trvá to zhruba několik týdnů až měsíců, než má jistý fyzioterapeut možnost se věnovat novému pacientovi a zařadit ho tak do svého plánu léčebného režimu.

Čtvrtý cíl jsem zaměřila na navržení případně možných řešení při poskytování ošetrovatelské péče o tyto pacienty. V průběhu celého mého výzkumného šetření jsem přišla na to, že podle odborné literatury (1, 2, 4, 6), se shoduje průběh léčby na spinálních jednotkách a v rehabilitačních ústavech se subjektivním hodnocením ze strany pacientů, kteří prošli léčbou v těchto zařízeních. Přístup zdravotnického personálu byl velice vstřícný, empatický. Pacienty motivovali a podporovali, když jim bylo nejhůře. Léčebný režim, který byl na spinálních jednotkách, pacientům velice vyhovoval, díky pravidelnému věnování zdravotnického personálu, postupně docházelo ke zlepšování zdravotního stavu u všech pacientů. Se srovnáním s ortopedickými odděleními, ARO, JIP a dalšími, které poskytovali ranou péči plegickým pacientům krátce po úraze v dobách, kdy spinální jednotky nefungovaly, je velmi výrazné. Tato oddělení nebyla připravena na pacienty po poškození páteře, zdravotníci nevěděli, jak s nimi mají zacházet, proto u některých mohly

vzniknout nějaké komplikace, jako u jednoho mého respondenta. Uvědomila jsem si, že vhodné vlastnosti (osobnost) zdravotnických pracovníků jsou důležitou součástí. Bez toho nelze pečovat o paraplegiky a kvadruplegiky. Je velmi náročné je přesvědčit o tom, že víme, jak se cítí, aniž bychom zažili to samé, co oni. Myslela jsem si, že nejvíce budou respektovat ostatní plegické pacienty, kteří předávají své zkušenosti druhým, ale skutečnost je jiná. Těmto pacientům stačí hlavně zájem ze strany zdravotnických pracovníků a jejich pozitivita v jejich přítomnosti. Dále také zájem o jejich osobu jako celek. Po sdělení všech informací od pacientů, jsem došla k závěru, že nebýt otevření spinálních jednotek po celé České republice, kdy spolu všechna centra spolupracují a péče probíhá na velmi vysoké úrovni v poskytování odborné péče, která je dle mého názoru poskytovaná těmi nejlepšími odborníky, jako je pan doktor Kříž v Pražské Motoli, nebylo by možné navrátit pacientům po poškození míchy jejich soběstačnost. V rehabilitačních ústavech jsem se dozvěděla další velmi pozitivní hodnocení celkové rehabilitační péče. Jedním z nejčastějších rehabilitačních ústavů jsou Kladruby, kam jsou pacienti převezeni ze spinální jednotky. Nejen Kladruby, ale i jiná rehabilitační zařízení jsou na vysoké úrovni v poskytování rehabilitační péče o plegické pacienty. Jejich léčebné programy umožňují pacientům zlepšit jejich úroveň soběstačnosti. Cvičení je intenzivnější, než ve spinálních jednotkách. Navíc jsou v prostředí s dalšími pacienty po poškození míchy a páteře, to může pro někoho být pozitivní, ale ne všem přítomnost ostatních lidí s poruchou míchy navozuje pozitivní myšlenky. V této souvislosti bych navrhla řešení pro ty pacienty, kteří dávají přednost samotě, aby jim byl umožněn cvičební program, kdy nebudou mít pravidelné cvičení každý den několikrát po sobě s ostatními plegickými pacienty, se kterými mají tendence se srovnávat, to může vést k depresivním myšlenkám, že nedokáží to, co druzí a jejich zdravotní stav se může zhoršit. Co hodnotím kladně, jsou propustky pacientů domů na víkendy. Tím si doma postupně nacvičují samostatné fungování bez odborného dohledu zdravotníků. A po propuštění s rehabilitačního ústavu mají menší obavy, ví, co je doma čeká za každodenní starosti. Další pomocí pacientům po poškození míchy a páteře je Centrum Paraple, které umožňuje pacientům třikrát ročně několika týdenní rehabilitační pobyt, který pro ně slouží jako odpočinek a relaxace. Pacienti jsou mezi dalšími známými pacienty, kteří s nimi byli hospitalizováni až už ve spinálních jednotkách nebo v rehabilitačních ústavech. V průběhu pobytu se dozví další vhodné cviky ke zlepšení fyzické kondice a celkové hybnosti svalových skupin. Toto Centrum jim pomáhá v řešení jejich problémů s kompenzačními pomůckami i s úpravami v domácím

prostředí. Pracovníci Centra Paraple jsou pro plegické pacienty jedna velká rodina, která jim je obrovskou oporou, především paní Faltýnková, která se těmto pacientům už dlouhou dobu věnuje a díky CZEPĚ, kde aktuálně působí, řeší vzniklé problémy osobně s pacienty. Byla jsem přítomna u provádění kalibrace, kdy se určuje zatížení všech kostí vsedě u pacientů na vozíku. Provádělo se to u dvou mých respondentů v CZEPĚ, kdy pacienti pravidelně dojíždí na tohle měření, které vlastní jediné paní Faltýnková. Toto zařízení slouží k získání informací o tom, zda u nich nedochází k přetížení určitých částí těla. Léčba pokračuje i po propuštění z rehabilitačního ústavu do domácího prostředí, všichni čtyři respondenti si zařídili pravidelné rehabilitační cvičení s jedním fyzioterapeutem, kterého si sami zvolili. Byli spokojeni a dojíždění autem pro ně bylo a zároveň i je součástí rehabilitace, byli rádi, že jsou schopni samostatně fungovat. Vztah fyzioterapeutů a pacientů je velice přátelský. Na provozování tohoto fungování rehabilitace bych nic neměnila.

Mým pátým a tedy posledním cílem bylo vytvoření brožurky, kterou jsem vytvořila na základě získání informací z odborné literatury, ze které jsem v průběhu mého výzkumného šetření vycházela a zároveň jsem využila i veškeré potřebné informace od mých respondentů, kteří byli tak ochotni a sdělili mi své příběhy. Snažila jsem se vytknout nejpodstatnější věci, které souvisí s ošetřovatelskou péčí o plegické pacienty. Podstatou brožurky je jasnost a stručnost, protože je také určena pro laickou veřejnost. Soustředila jsem se hlavně na problémy, které pacienty trápí nejvíce, se kterými soupeří delší dobu a nemusejí se jich nikdy zbavit, ale mohou se snížit jejich projevy. Dále jsem v brožurce nastínila průběh celého léčebného režimu, kterým pacienti musejí projít, než jsou propuštěni do domácího prostředí. A dále i konkrétní spinální jednotky a rehabilitační ústavy, které v České republice existují. Součástí brožury jsou i informace o úpravách v domácím prostředí, které jsou nutné pro samostatné fungování pacientů doma. Tato brožurka by měla být rozmístěna ve všech zařízeních, kde probíhá péče o plegické pacienty, ale zároveň by se mohla vyskytovat i na běžných ortopedických odděleních a veřejných místech, kde by si ji mohl přečíst kdokoli, koho by toto téma zajímalo, aby se dozvěděl více informací o této problematice. Myslím si, že by to mohla být i opora pro rodinné příslušníky, kteří mají v rodině plegického pacienta.

23 ZÁVĚR

Ve svém výzkumném šetření jsem se zabývala problematikou rehabilitačního ošetřovatelství u spinálních klientů. Mým hlavním zdrojem získaných informací byli čtyři pacienti, kteří utrpěli míšní poranění. Dva z nich byli delší dobu po míšní lézi a dva zase krátkou dobu po míšní lézi. Právě tyto respondenty jsem si zvolila ve spolupráci s paní Faltýnkovou. Společně jsme vybraly takové pacienty, kteří budou schopni o svém poranění hovořit, aniž by jim zavzpomínání na nehezke životní období jakkoli ublížilo po stránce psychické. Důležité pro mne bylo také porovnání obou pohlaví. Jak se ze situací vyrovnávají muži a naopak jak ženy. U obou pohlaví jsou různé odlišnosti. U mužů jsem zpozorovala změnu pohledu na sebe sama, mají pocit, že už nejsou plnohodnotnými muži a živiteli rodiny a tedy, že svou sociální roli nezvládají. Ženy jsou hodně zaměřeny na svůj zevnějšek a zároveň i na svou sociální roli, která v tomhle případě je role matky, které by snad každá žena v průběhu svého života chtěla dosáhnout.

V průběhu rozpracování mých předem navržených cílů, jsem u prvního cíle zjistila, že i pacient po poškození míchy je schopen opět pracovat jako dřív. Jsou povolání, která jsou více náročná, než jiná. Třeba taková pozice na záchranné službě není snadná ani pro zdravého člověka, natož pro pacienta, který utrpěl míšní poranění. Ale opak je pravdou. Velice mě také překvapily osobnosti všech čtyř probandů. Jejich aktuální životní situace není lehká. Každá změna zdravotního stavu souvisí se změnou psychiky, ať už z důvodu nemožnosti nadále pracovat na stejné pracovní pozici, nebo vykonávat běžné denní činnosti, které každý zdravý člověk vykonává bez dalšího zbytečného přemýšlení a soustředění. Dále mě zarazilo, jak velké množství léků je pacientům předepsáno. S tím souvisí další zjištění a to, že dva z mých respondentů došli k závěru, že jim léky nepomáhají. Rozhodli se proto porušit nařízení svých lékařů a neužívat žádné léky, když jim nejsou k užitku. U druhého cíle mě nejvíce zarazil názor na autokatetrizaci, která je nezbytně nutnou součástí ošetřovatelské péče u všech pacientů po míšní lézi. Nikdy jsem nepřemýšlela nad tím, že i tímto způsobem lze u těchto pacientů zavléknout infekci do močových cest. Jelikož je autokatetrizaci potřeba provádět několikrát denně, je zde velké nebezpečí vzniku infekce, která by pacientům mohla způsobit velké problémy navíc.

U třetího cíle jsem se zabývala úrovní poskytované péče ze strany zdravotníků. Dva z mých pacientů prošli léčbou na spondylochirurgických pracovištích a také na

ortopediích. Na těchto pracovištích respondenti nehodnotili kvalitu péče pozitivně. Zdravotníci v té době nebyli kvalifikováni k péči o plegické pacienty, a proto se mi potvrdil můj názor na otevření spinálních jednotek. Otevření těchto jednotek bylo velkým zlomem v péči o tyto pacienty. Komplexnost, odbornost a velmi vysoká úroveň poskytované péče vysoce školeným zdravotnickým personálem jsou důležitými body (zákony všech spinálních jednotek). Pacienti zhodnotili a porovnali i chování zdravotníků při péči o ně. Zdravotníci, kteří neměli žádné zkušenosti s pacienty po poranění míchy, se chovali nejistě, protože nevěděli, jak s nimi zacházet. To pro pacienty nebylo příliš pozitivní, proto ani zlepšení zdravotního stavu nemohlo být viditelné. Dnes jsou pracovníci na spinálních jednotkách již kvalifikováni k pečování o plegické pacienty, mají specializaci a jejich přístup je více přátelský, dbají na veškeré pacientovy potřeby. Čtvrtý cíl jsem zaměřila na případné změny v poskytování celkové ošetrovatelské péče o plegické pacienty. V souvislosti s třetím cílem, kde jsem popsala výhody otevření spinálních jednotek, naprosto souhlasím s tímto léčebným procesem, který pacientům velmi svědčí, a jsou viditelné změny ve zdravotním stavu u každého z nich. Na tomto navrženém procesu bych nezměnila vůbec nic. Možným problémem by mohl být léčebný režim v rehabilitačních ústavech, kde na jednom místě jsou hospitalizováni pouze pacienti po poškození míchy, tedy přítomnost pouze ostatních pacientů, kteří jsou na tom stejně nebo i hůře, působí na někoho depresivně. Nejsem si jistá, zda se tímto potenciálním problémem někdo zabýval. U tohoto cíle bych zdůraznila možnost víkendového propuštění pacientů do domácího prostředí. Je to velkým plusem pro pacienty, kteří průběžně zkoušejí samostatně fungovat bez dohledu zdravotnického personálu.

Posledním cílem byla tvorba brožurky, která je mým výstupem pro praxi. Mým cílem je hlavně pomoci všem, kteří pomoc potřebují. Dále bych byla ráda, kdyby tato brožurka informovala i laickou veřejnost o této problematice. V brožurce jsem se snažila vytknout největší problémy a komplikace, které pacienty po míšní lézi trápí. Zároveň se je touto cestou snažím nasměrovat na různé spinální jednotky a rehabilitační ústavy, které na území ČR fungují a které jsou velmi kladně hodnoceny i mými respondenty. Nezapomněla jsem v brožurce zmínit změny v domácím prostředí, které si pacient bude muset zařídit, aby byl schopen samostatného fungování. Myslím si, že by bylo dobré se více zaměřit na rodinu pacienta, která jeho situaci vnímá někdy i hůře, než on sám. Naučit je, jak

s pacientem manipulovat a pomáhat mu. Nejdůležitější je pracovat s rodinnými příslušníky po stránce psychické.

SEZNAM ZDROJŮ

1. FALTÝNKOVÁ, Zdeňka. *Vše okolo tetraplegie*. Praha: Česká asociace paraplegiků-CZEPA, 2012. 59 s.
2. WENDSCHE, Peter a kol. *Poranění míchy: Ucelená ošetrovatelsko-rehabilitační péče*. 2. přepracované a rozšířené vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. 226 s. ISBN 978-80-7013-504-4.
3. FALTÝNKOVÁ, Zdeňka, KŘÍŽ, Jiří a KÁBRTOVÁ, Alena. *Cesta k nezávislosti: Po poškození míchy*. 1. vyd. Praha: GTS PRINT, 2004. 83 s.
4. KŘÍŽ, Jiří, FALTÝNKOVÁ, Zdeňka. *Léčba a rehabilitace pacientů s míšními lézích: Příručka pro praktické lékaře*. Praha: Česká asociace paraplegiků-CZEPA, 2012. 15 s.
5. FREEMAN SOMERS, Martha. *Spinal Cord Injury: Functional Rehabilitation*. USA: Appleton and Lange, 1992. 365 s. ISBN 0-8385-8649-X.
6. FALTÝNKOVÁ, Zdeňka. *Paraplegie, tetraplegie*. 1. vyd. Praha: Svaz paraplegiků s finanční podporou Ministerstva zdravotnictví ČR. 56 s.
7. SELZER, Michael E. and DOBKIN, Bruce H. *Spinal cord injury: An american academy of neurology press quality of life guide*. New York: Demos Medical Publishing, 2008. 156 s. ISBN 19-326-0338-7.
8. SAMEŠ, Martin a kol. *Neurochirurgie: učebnice pro lékařské fakulty a postgraduální studium příbuzných oborů*. 1. vydání. Praha: MAXDORF, 2005, 127 s. ISBN 80-7345-072-0.
9. RYCHLÍKOVÁ, Eva. *Manuální medicína: průvodce diagnostikou a léčbou vertebrogenních poruch*. 4., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2008. 499 s. ISBN 978-80-7345-169-1.
10. ŠTULÍK, Jan et al. *Poranění krční páteře*. 1. vydání. Praha: Galén, 2010, 279 s. ISBN 978-80-7262-685-4.

11. Centrum Paraple: Informace-Mišní poranění. In: *Centrum Paraple* [online]. Praha: Obecně prospěšná společnost Centrum Paraple, 2011 [cit. 2016-03-11]. Dostupné z: <http://www.paraple.cz/informace/misni-poraneni.html>
12. VALOVÁ, Hana. *Nápadník: Sborník informací a rad pro vozičkáře*. Brno: Liga za práva vozičkářů, 2006, 130 s.
13. Poranění míchy: Páteř a mícha. In: *Česká asociace paraplegiků* [online]. Praha: Česká asociace paraplegiků-CZEPA, 2010 [cit. 2016-03-11]. Dostupné z: <http://www.czepa.cz/poraneni-michy-/pater-a-micha/>
14. VENGLÁŘOVÁ, Martina, GISNER, Petr a kol. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. 1. vydání. Praha: Portál, 2013. 208 s. ISBN 978-80-262-0375-5.
15. Preventivní opatření. In: *Vozejkov: Komunitní portál nejen pro vozičkáře s poraněním páteře a míchy* [online]. Praha: Česká asociace paraplegiků-CZEPA, 2015 [cit. 2016-02-25]. Dostupné z: <http://www.vozejkov.cz/Articles/detail/preventivni-opatreni/>
16. KRHUT, Jan. *Hyperaktivní močový měchýř: etiopatogeneze-diagnostika-léčba*. 4., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2007. 148 s. ISBN 978-80-7345-125-7.
17. DAVIS, Larry E., KING, Molly K. and SCHULTZ, Jessica L. *Fundamentals of Neurologic Disease*. 1. vydání. New York: Demos Medical Publishing, 2005. 227 s. ISBN 1-888799-84-6.
18. DRÁBEK, Tomáš. *Partnerský a sexuální život osob se zdravotním postižením: publikace pro odborné sociální poradenství*. 1. vydání. Praha: Svaz tělesně postižených v České republice, 2013. ISBN 978-80-260-5281-4.
19. KÓČIŠ, Jan, WENDSCHE, Peter et al. *Poranění páteře*. 1. vydání. Praha: Galén, 2012, 171 s. ISBN 978-80-7262-846-9.
20. SEIDL, Zdeněk. *Neurologie: pro studium i praxi*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2015, 383 s. ISBN 978-80-247-5247-1.

21. TYRLÍKOVÁ, Ivana, BAREŠ, Martin a kol. *Neurologie pro nelékařské obory*. 2. rozšířené vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. 305 s. ISBN 978-80-7013-540-2.
22. AMBLER, Zdeněk. *Poruchy periferních nervů*. 1. vydání. Praha: TRITON, 2013, 467 s. ISBN 978-7387-705-.
23. Poranění míchy: Poškození míchy a páteře. In: *Česká asociace paraplegiků* [online]. Praha: Česká asociace paraplegiků-CZEPA, 2010 [cit. 2016-03-11]. Dostupné z: <http://www.czepa.cz/poraneni-michy-/poskozeni-michy/>
24. Tenodéza-řešení chronické nestability distálního radioulnárního kloubu. LISÝ, M., M. PINK, M. SKLÁDAL a M. VAŇO. *History of the Czechoslovak, and the Czech and Slovak orthopaedics: Special Issue of Acta Chirurgiae orthopaedicae et Traumatologiae čechoslovaca* [online]. 1. Praha: Galén, 2013, s. 35-40 [cit. 2016-02-25]. ISBN 9788074920554. Dostupné z: http://www.achot.cz/dwnld/0901_035_040.pdf
25. BERLIT, Peter. *Memorix neurologie* [online]. 4. Praha: Grada Publishing, 2007 [cit. 2016-02-25]. ISBN 978-80-247-1915-3. Dostupné z: http://www.grada.cz/memorix-neurologie_4442/kniha/katalog/?dopl=listovani-google
26. Rekonstrukční výkony: Tetraplegie-klasifikace. *CHRHK: Chirurgická rehabilitace horní končetiny* [online]. Olomouc [cit. 2016-02-25]. Dostupné z: <http://www.calabova.cz/Tetraplegie-klasifikace.php>
27. FALTÝNKOVÁ, Zdeňka. *Doporučené postupy pro zachování funkce horní končetiny u tetraplegiků* [online]. 1. Praha: Svaz paraplegiků s podporou MZ ČR, 2006 [cit. 2016-02-25]. Dostupné z: http://www.spinalcord.cz/_userfiles/dokumenty/doporucene-postupy/ruka.pdf
28. BRYCE, Thomas N. et al. *Spinal cord injury: Rehabilitation Medicine Quick Reference*. 2. vydání. New York: Demos Medical Publishing, 2010, 240 s. ISBN 978-1-933864-47-1.

29. FEHLINGS, Michael G., VACCARO, Alexander R., ROSSIGNOL, Serge, DITUNNO, John F. Jr. and BURNS, Anthony S. *Essentials of Spinal Cord Injury: Basic Research to Clinical Practice*. 1. vydání. New York: Thieme Medical Publishers, 2013. 663 s. ISBN 978-1-60406-727-9.
30. FULLER, Geraint. *Neurologické vyšetření snadno a rychle*. 3. přeložené vydání. Praha: Grada Publishing, 2008. 256 s. ISBN 978-80-247-1914-6.
31. KŘÍŽ, Jiří a KOZÁK, Jiří. *Doporučené postupy pro klasifikaci a léčbu bolesti u pacientů po poškození míchy* [online]. 1. Praha: Svaz paraplegiků s podporou MZ ČR, 2005 [cit. 2016-02-25]. Dostupné z:
http://www.spinalcord.cz/_userfiles/dokumenty/doporucene-postupy/bolest.pdf
32. LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, Marcela. *Trauma mozku a jeho rehabilitace*. 1. vydání. Praha: Galén, 2009. 148 s. ISBN 978-80-7262-569-7.
33. PFEIFFER, Jan. *Neurologie v rehabilitaci: Pro studium a praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1135-5.
34. SEIDL, Zdeněk. *Neurologie: Pro nelékařské zdravotnické obory* [online]. 1. Praha: Grada Publishing, 2008 [cit. 2016-02-25]. ISBN 978-80-247-2733-2. Dostupné z:
http://www.grada.cz/neurologie_5519/kniha/katalog/?doplň=listovani-google
35. SISTO, Sue Ann, DRUIN, Erica and SLIWINSKI, Martha Macht. *Spinal cord injuries: management and rehabilitation*. 1. vydání. St. Louis: Mosby, 2009. 583 s. ISBN 978-0-323-00699-6.
36. VACCARO, Alexander R., FEHLINGS, Michael G. and DVORAK, Marcel F. *Spine and spinal cord trauma: evidence-based management*. New York: Thieme Medical Publishers, 2011. 571 s. ISBN 978-1-60406-221-2.
37. Zdravotnictví: Spinální rehabilitační jednotka Hamzovy léčebny v Luži-Košumberku slaví 20 let!. *Vozka: Magazín o životě a pro život na vozíku* [online]. Ostrava: Vozka.org, 2013 [cit. 2016-02-25]. Dostupné z:
<http://www.vozka.org/aktuality/zdravotnictvi/spinalni-rehabilitacni-jednotka-hamzovy-lecebny-v-luzi-kosumberku-slavi-20-let--200cz>

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

Antibiotika (ATB)

Autonomní dysreflexie (AD)

Epicystostomie (EPI)

Infarkt myokardu (IM)

Ischemická choroba srdeční (ICHS)

Tromboembolická nemoc (TEN)

Umělá plicní ventilace (UPV)

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1- Informovaný souhlas

Příloha č. 2- Seznam otázek k rozhovorům

Příloha č. 3- Formulář k zaznamenávání nonverbálních projevů

Příloha č. 4- Brožurka

Příloha č. 5- Standard neurologické klasifikace poranění míchy (ASIA-SCORE)

Příloha č. 6- Funkční ruka

Příloha č. 7- Bryce- Ragnarssonova klasifikace bolesti po poranění míchy

Příloha č. 8- Tenodéza

Příloha č. 9- Grafické znázornění ošetrovatelského modelu 12 funkčních vzorců zdraví M. Gordon

Příloha č. 10- Hodnocení rizika vzniku dekubitů-rozšířená stupnice Nortonové

Příloha č. 11- Predilekční místa vzniku dekubitů

Příloha č. 1

INFORMOVANÝ SOUHLAS

PROBLEMATIKA REHABILITAČNÍHO OŠETŘOVATELSTVÍ U SPINÁLNÍCH KLIENTŮ

STUDENT

Vendula Nosková
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
noskovav@students.zcu.cz

VEDOUCÍ BP:

Mgr. Lukáš Ryba
Katedra fyzioterapie a ergoterapie
Fakulta zdravotnických studií ZČU
rybal@kfe.zcu.cz

CÍL STUDIE

Cílem mé studie je zjistit úroveň rehabilitačního ošetrovatelství u tetraplegiků a paraplegiků, zároveň se zaměřit na potřeby pacientů s použitím ošetrovatelského modelu podle Marjory Gordonové, díky kterému analyzuji jednotlivé oblasti a zjistím případné nedostatky a problémy. Dále budu zkoumat subjektivní spokojenost pacientů s péčí poskytovanou zdravotnickými odborníky a navrhnou možná řešení nebo změny v poskytování celkové péče o tyto pacienty. V neposlední řadě poskytnu mým šetřením informace o této problematice jak pacientům, kteří utrpěli míšní poranění, tak i veřejnosti formou vytvoření brožurky.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon značky Olympus VN-5500PC. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Veškeré zjištěné informace budou přepsány do písemné podoby. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použito číselné označení (př.: Pacient 1). Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já
souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon značky Olympus VN-5500PC. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikován/a.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

(Zdroj vlastní)

Příloha č. 2

OTÁZKY K POLOSTRUKTUROVANÝM ROZHOVORŮM S PACIENTY

Anamnéza

- ❖ Nynější onemocnění (NO)
 - Jak se Vám stal Váš úraz?
 - Jak dlouho je to od vzniku úrazu?
 - Kam jste byl/a zavezena pro poskytnutí odborné pomoci?
- ❖ Osobní anamnéza (OA)
 - Prodělal/a jste během svého života nějaká vážná onemocnění?
 - Podstoupil/a jste během svého života nějakou operaci?
 - Berete pravidelně nějaké léky?
 - Docházíte pravidelně na kontrolu ke svému praktickému lékaři?
 - Jste očkovan/a proti nějakým onemocněním?
 - Prodělal/a jste obvyklá dětská onemocnění? (spalničky...)
 - Máte nějakou alergii?
- ❖ Farmakologická anamnéza (FA)
 - Berete v současné době nějaké léky?
 - Bral/a jste v minulosti nějaké léky, které dnes již neberete?
- ❖ Rodinná anamnéza (RA)
 - Jaký je zdravotní stav Vašich rodičů?
 - Léčí se s nějakou chorobou nebo nemocí? (hypertenze, DM, nádorové onemocnění)
 - Prodělal někdo z nich nějaké vážné onemocnění nebo příhodu? (IM, CMP)
 - Jsou stále oba rodiče naživu? (případně v kolika letech zemřeli a z jakého důvodu)

❖ Gynekologická anamnéza (GA)

- Kdy u vás proběhla první menstruace?
- V kolika letech jste začala aktivně sexuálně žít?
- Pravidelnost menstruace a síla krvácení?
- Kdy byla poslední menstruace, popřípadě začátek menopauzy?
- Porody/potraty?
- Průběh porodu, popřípadě komplikace v průběhu porodu?
- Nemožnost otěhotnění?

❖ Pracovní anamnéza (PA)

- Kde pracujete?
- Vyhovuje Vám Vaše současné pracovní místo?
- Chtěl/a byste pracovat někde jinde?
- Způsobuje Vám Vaše práce nějaké problémy v souvislosti s Vaším aktuálním stavem?
- Jste spravedlivě ohodnocen/a za provedenou práci?
- Cítíte se ve stresu?

❖ Sociální anamnéza (SA)

- S kým doma bydlíte?
- Jak spolu vzájemně vycházíte?
- Bydlíte v domě/bytě?
- Je byt/dům ve Vašem osobním vlastnictví?
- Jste v kontaktu s úzkou rodinou?
- Máte děti?
- Jste jedináček nebo máte nějakého sourozence?

Katamnéza

❖ 1. Období (Spinální jednotka)

- Jak rychle Vás zavezli do tohoto zařízení od vzniku úrazu?

- Jak probíhala léčba na spinální jednotce?
- Byl/a jste spokojena s přístupem personálu?
- Byl/a jste spokojena s léčbou na této jednotce?
- Vyhovoval Vám jejich denní režim?
- Jak dlouho jste byl/a hospitalizován/a na spinální jednotce?
- Je něco, co Vám během pobytu na této jednotce chybělo nebo vadilo?

❖ 2. Období (Rehabilitační ústav)

- Po jak dlouhé době Vás přivezli do tohoto ústavu?
- Kdy s Vámi začali cvičit různé cviky?
- Jak se k Vám choval personál?
- Považujete rehabilitační cviky za důležité?
- Co Vám dělalo největší problém při cvičení?
- Byl/a jste spokojena s touto rehabilitační léčbou?
- Je něco, co byste za celý pobyt v tomto ústavu změnil/a nebo co byste vytkl/a jako špatné?
- Jak dlouho jste trávil/a čas v rehabilitačním ústavu?

❖ 3. Období (Domácí prostředí)

- Po jak dlouhé době jste byl/a schopen/schopna být ve svém domácím prostředí?
- Jaké úpravy bylo třeba zařídit před převezením do Vašeho domácího prostředí?
- Kdo Vám doma pomáhal?
- Docházel za Vámi nějaký fyzioterapeut z důvodu cvičení?
- Kde to pro Vás bylo lepší pod dozorem zdravotníků nebo doma v klidu?
- Chodíte do práce nebo pracujete z domova?
- Vidíte nějaký pokrok nebo změnu ve Vašem zdravotním stavu, když jste v domácím prostředí?

❖ 4. Období (Psychická podpora)

- Jak jste se cítil/a v průběhu Vaší léčby?
- Byl někdo, kdo Vám byl velkou oporou?
- Jak byste zhodnotil/a přístup zdravotnického personálu?
- Byla nějaká situace, kdy jste se cítil/a naprosto bezradně?
- Je pro Vás lepší, když jste sami nebo když je Vám na blízku Vaše rodina a blízcí?
- Měl/a jste v průběhu Vaší léčby nějaké sebevražedné myšlenky?
- Jaký je Váš pohled na budoucí život?

Hodnocení podle ošetřovatelského modelu M. Gordonové

1. *Vnímání zdraví, snaha o udržení zdraví*
2. *Výživa a metabolismus*
3. *Vylučování*
4. *Aktivita, cvičení*
5. *Spánek, odpočinek*
6. *Vnímání, poznávání*
7. *Sebepojetí, sebeúcta*
8. *Plnění rolí, mezilidské vztahy*
9. *Sexualita, reprodukční schopnosti*
10. *Stres, zátěžové situace, jejich zvládnutí, tolerance*
11. *Víra, přesvědčení, životní hodnoty*
12. *Jiné*

(Zdroj vlastní)

Příloha č. 3

NONVERBÁLNÍ PROJEVY

Oblasti:

- ❖ Vizuální
- ❖ Hmatová
- ❖ Čichová
- ❖ Teplotní
- ❖ Chuťová

Druhy:

- ❖ Mimika
- ❖ Gestika
- ❖ Optika
- ❖ Posturologie
- ❖ Kinetika
- ❖ Proxemika
- ❖ Teritorialita
- ❖ Pohledy
- ❖ Tón, melodie, tempo řeči
- ❖ Úprava zevnějšku
- ❖ Mutilace
- ❖ Jiné

Celkový první dojem:

- ❖ Sympatický/nesympatický
- ❖ Lhostejný
- ❖ Odpuzující, nepříjemný
- ❖ Nápadný (skromný)

- ❖ Výrazný/nevýrazný
- ❖ Ovládá/neovládá základní společenské návyky
- ❖ Jiné

Vystupování:

- ❖ Zdvořilé/nezdvořilé
- ❖ Korektní
- ❖ Klackovité, drzé
- ❖ Rozhodné/nerozhodné
- ❖ Bezvadné
- ❖ Ústupné
- ❖ Opatrné (sebejisté)
- ❖ Arogantní
- ❖ Agresivní
- ❖ Strojené (přirozené)
- ❖ Temperamentní (fádní)
- ❖ Formální/neformální
- ❖ Jiné

Držení těla:

- ❖ Rovné, vzpřímené
- ❖ Vojácké
- ❖ Ochablé
- ❖ Shrbené
- ❖ Sebejisté (nedbalé)
- ❖ Stísněné
- ❖ Jiné

Oči:

- ❖ Široce otevřené oči
- ❖ Přímý, otevřený pohled
- ❖ Přivřené oči
- ❖ Zúžený pohled
- ❖ Těkající pohled
- ❖ Pohled stranou
- ❖ Cukání, chvění víček, pomrkávání
- ❖ Šikmý pohled (vyhýbavý, číhavý, kosý)
- ❖ Zvednuté obočí
- ❖ Horní část obličeje (čelo)
- ❖ Jiné

Ústa:

- ❖ Semknutá ústa
- ❖ Pootevřená a otevřená ústa
- ❖ Koutky úst směřující dolů
- ❖ Koutky úst směřující nahoru
- ❖ Ústa zavřená
- ❖ Jiné

Úsměv:

- ❖ Výrazný, srdečný
- ❖ Jemný, mírný
- ❖ Jiné

Mlčení:

- ❖ Strach
- ❖ Submitivita (podřídivost)

- ❖ Agrese
- ❖ Neúcta
- ❖ Ignorování
- ❖ Uraženost
- ❖ Ukřivdění
- ❖ Subdeprese, deprese
- ❖ Jiné

Ruce:

- ❖ Pohyby rukou
- ❖ Suché ruce
- ❖ Stisk ruky
- ❖ Křečovitě sepnutí rukou
- ❖ Pohyby rukou v obličeji
- ❖ Prst v ústech
- ❖ Kousání se do prstu
- ❖ Jiné pohyby rukou na hlavě
- ❖ Hraní si s prsty nebo tužkou
- ❖ Jiné

(Zdroj vlastní)

Příloha č. 4

OŠETŘOVATESKÁ PÉČE O SPINÁLNÍ PACIENTY

Příručka pro plegické pacienty



Obsah

1	ÚVODNÍ SLOVO.....	4
2	Rozdělení pacientů do skupin	5
3	Průběh léčebného programu o spinální pacienty v ČR ...	5
3.1	Nejlépe hodnocené spinální jednotky v ČR	6
3.2	Nejznámější rehabilitační ústavy v ČR	6
4	Časté problémy v tělních soustavách	7
4.1	Respirační systém.....	7
4.2	Kardiovaskulární systém	7
4.3	Gastrointestinální systém.....	7
4.4	Urogenitální systém.....	8
4.5	Pohlavní systém.....	8
4.6	Kožní systém	9
4.7	Muskuloskeletární systém	10
4.8	Nervový systém	10
5	Základní nutné úpravy domácího prostředí spinálního pacienta	11

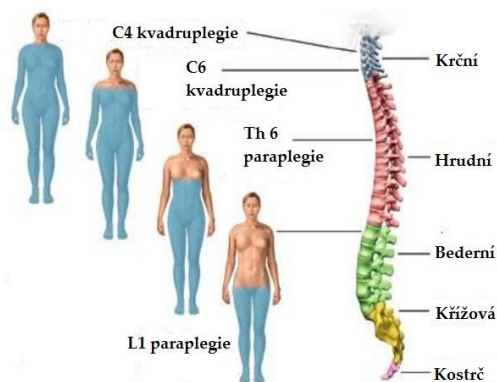
5.1 Nejdůležitější kompenzační pomůcky spinálních pacientů	11
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	13
SEZNAM OBRÁZKŮ	14

1 ÚVODNÍ SLOVO

Tato brožurka vznikla na základě psaní bakalářské práce, kterou jsem zpracovala na téma: „Problematika rehabilitačního ošetřovatelství u spinálních klientů.“ Tomuto tématu jsem se začala věnovat po zhlédnutí filmu Nedotknutelní. Tento film byl natočen podle skutečného příběhu a velice mě oslovil. Uvědomila jsem si, že bych chtěla pomoci všem pacientům, kteří utrpěli míšní lézí, tím, že sepíšu základní a nejdůležitější věci, které by měli vědět. Někteří zdravotníci v odborných zařízeních nedostatečně informují tyto pacienty, a proto jsem se na základě rozhovorů s pacienty, kteří si prošli určitými trápeními a mají již spoustu zkušeností, a zároveň prostudováním všemožné odborné literatury, pokusila vytknout nejpodstatnější informace. Doufám, že toto mé první dílo alespoň některým z nich bude oporou a pomoci v jejich těžké životní situaci.

2 Rozdělení pacientů do skupin

Na základě výšky poranění míchy jsou pacienti „zařazeni“ do určité skupiny. Celkově jsou dány 4 skupiny, které se číslovají od 1-4. Podle těchto skupin se odvíjí následně celý léčebný režim, který je u každého pacienta individuální. Je tedy rozhodující výška poškození míchy, čím níže je mícha narušena, tím je pacient schopen pohybovat s více svalovými skupinami.



Obrázek 1 Rozdělení podle výšky poškozené míchy

3 Průběh léčebného programu o spinální pacienty v ČR

Spinální program byl vytvořen v České republice pro zajišťování kontinuální a komplexní péče o pacienty po poranění míchy. Vývoj

tohoto programu trval několik desetiletí. Cílem spinálních jednotek je léčba pacientů s míšním poraněním, kdy se snaží minimalizovat následky neurologického postižení a zároveň se snaží navrátit maximální pohybové a jiné funkce organismu.

Sít pracovišť byla stanovena na základě časového rozdělení péče o spinální pacienty. Pacienti ve stádiu 1a (akutní stádium) jsou hospitalizováni na spondylochirurgických pracovištích, kde se u nich provádí urgentní operační výkony, stabilizace páteře a míšní dekomprese. Pacienti ve stádiu 1b (subakutní stádium) jsou převezeni do spinální jednotky, pokud jsou kardiopulmonálně stabilní. Zde probíhá komplexní ošetrovatelská, lékařská, psychologická a zároveň i rehabilitační péče. V tomto stádiu jsou pacienti ve zvýšeném riziku vzniku zdravotních komplikací. Nevyhnutelnou součástí péče je fyzioterapie a ergoterapie. Pacienti ve stádiu 2 (chronické stádium) jsou převezeni do rehabilitačního ústavu, kde nadále pokračují s intenzivním rehabilitačním cvičením a připravují se na integraci do běžného denního, rodinného a pracovního života. U pacientů ve stádiu 3 jsou potřebné opakované hospitalizace, rekonstrukční operační výkony nebo opakované rehabilitační pobyty.

3.1 Nejlépe hodnocené spinální jednotky v ČR

- Praha (Motol)
- Liberec

➤ Ostrava

➤ Brno

3.2 Nejznámější rehabilitační ústavy a odborné léčebny v ČR

➤ Kladruby

➤ Hrabyně

➤ Košumberk (odborná léčebna se spinální jednotkou)

4 Časté problémy v tělních soustavách

4.1 Respirační systém

Někteří z pacientů jsou ihned po úraze na umělé plicní ventilaci, kdy jsou napojeni na přístroje, které jim kontrolují a vedou celý proces dýchání. Tento způsob plicní ventilace trvá i několik týdnů, kdy poté, co je pacient odpojen od dýchacího přístroje, se mohou objevit další problémy. Například s mluvením, se spontánním dýcháním, tedy může dojít až ke snížení kapacity plic. Je důležité, aby pacienti, kterých se to týká, pravidelně prováděli dechovou rehabilitaci, která by měla být součástí celkové rehabilitační léčby.

4.2 Kardiovaskulární systém

Pacienti mívají problémy s nízkým tlakem při změně polohy. Je zásadou, aby byli zvýšeně opatrní a změnu polohy prováděli po jednotlivých krocích (postupně). Zároveň u nich dochází ke změně koagulace, proto je podstatná zvýšená opatrnost před úrazem (náraz do nábytku, lůžka, o vozík apod.). V této souvislosti u pacientů častěji vznikají hematomy (modřiny, podlitiny).

4.3 Gastrointestinální systém

Po úraze míchy může u některých pacientů dojít ke změně chuti k jídlu. Někteří trpí nechutenstvím, jiní mohou mít naopak zvýšenou chuť k jídlu, je ale důležité, aby se do jídla v případě nechutenství příliš nenutili. Na druhou stranu je nutné, aby dodržovali určitý stravovací režim. Zároveň je nevyhnutelnou součástí pitný režim, který má vliv na pravidelné vyprazdňování, které je po úraze míchy také pozměněno.

4.4 Urogenitální systém

Problémy s močovým měchýřem jsou u pacientů po míšním poranění velmi časté. Proto je podstatné, aby se pacienti naučili autokatetrizaci. Autokatetrizace je podstatná jak pro fungování v domácím prostředí, tak i v cizím prostředí. Ne všichni mají názor na to, že je tento postup vyprazdňování moči bezpečný. Pacientům je třeba zdůraznit, aby používali určené pomůcky, které jsou sterilní, předejdou tak veškerým možným infekcím, které by jim přitížily jejich situaci.



Obrázek 2 Jednorázový močový katetr

Zdůrazňuji tedy zvýšenou pečlivost při provádění autokatetrizace, kdy by zdravotní personál měl pacientovi důkladně vysvětlit správný postup. Pak už je na pacientovi, které typy cévek zvolí a bude je nadále využívat.

4.5 Pohlavní systém

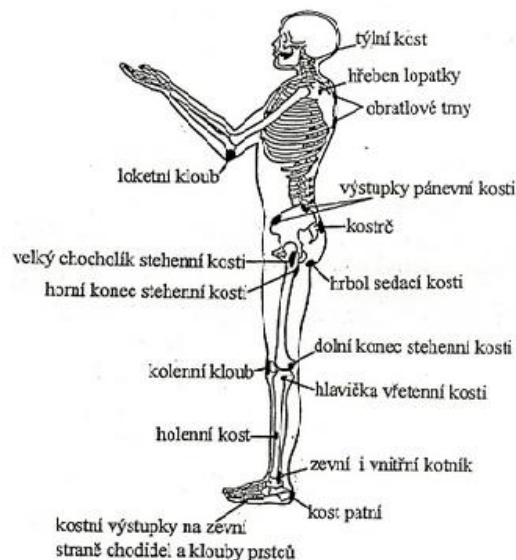
Pacienti s porušenou míchou mají i nadále funkční reprodukční orgány. U některých jde o rychlejší návrat, u jiných to trvá delší dobu. V jejich situaci je více náročné plánovat svou rodinu, ale ženy,

kteřé otěhotní, jsou zvýšeně pozorovány a porod je samozřejmě císařským řezem.

4.6 Kožní systém

U těchto pacientů je zvýšená rizikovost vzniku dekubitu. Na prevenci vzniku dekubitu se podílí jak zdravotnický personál, tak i samotný pacient. Nevhodným přístupem zdravotnického personálu při pravidelném polohování pacienta, samotné hygieně i hydrataci pokožky, ale zároveň i edukaci pacienta o této komplikaci. Záleží také na aktuální hmotnosti pacienta. Pacienti stráví veškerý čas vsedě na vozíku, je tu ale možnost, jak i oni mohou odlehčit místům, která jsou náchylná ke vzniku proleženin.

MÍSTA NEJČASTĚJŠÍHO VÝSKYTU OTLAKU:



Obrázek 3 Predilekční (náchylná) místa vzniku dekubitů

Nejčastěji se jedná o oblast křížové kosti a kostrče. Pacienti, kteří jsou schopni hýbat s horními končetinami, tak se na vozíku nadzvednou, a tím odlehčí příslušné oblasti, které jsou zatěžkávány při dlouhodobé jízdě na vozíku.

Pacienti by se měli také pravidelně prohlížet při koupání. Výhodou je, když doma mají velké zrcadlo, ve kterém shlédnou místa, na které si sami nevidí. Čím dříve se přijde na výskyt dekubitu, tím rychleji dojde k jeho залечení bez dalších komplikací.

Dalšími problémy jsou popáleniny, kdy v souvislosti s necitlivostí dolních končetin může dojít k opařením, nejčastěji o žehličku nebo o topení. Proto je pacientům sdělená zvýšená opatrnost.

4.7 Muskuloskeletární systém

Častým problémem je spasticita. Trápí většinu plegických pacientů. Pacienti většinou popisují mravenčení, nebo stažení v dolních končetinách. Postupem času se může průběh spasticity zmenšovat. Nejsou tolik výrazné. Výskyt spasmů je spojován také s některými zevními i vnitřními faktory, například s alkoholem nebo s aktuálním psychickým stavem pacienta. U kvadruplegiků jsou spasmy mnohem větší a s horším průběhem.

4.8 Nervový systém

Pacienti po míšním poranění mohou trpět neuropatickou bolestí, která je velice špatně ovlivnitelná. Ovlivňuje jejich denní fungování. Někdy je ovlivnění této bolesti spojováno se spánkem. Některým pacientům pomůže dostatečný spánek, ale některé pacienty trápí tyto bolesti i v případech, kdy jsou řádně vyspalí. Výskyt těchto bolestí je tedy velmi individuální. Pacientům jsou předepsány léky na tlumení této velice nepříjemné bolesti. Jinou variantou je psychologický přístup zvládnání bolesti pomocí meditace apod.

5 Základní nutné úpravy domácího prostředí spinálního pacienta

V první řadě je nutné zvětšení manipulačního prostoru k jízdě na vozíku. Z toho důvodu je třeba odstranit všechny překážky, jako jsou: prahy, koberečky, úzké dveře. Další důležitá úprava se týká koupelny a WC, i zde je potřeba rozšířit prostor v souvislosti s prováděním pravidelné autokatetrizace i vyprazdňování stolice. Pacienti se neobejdou ani bez zvedáku do vany, sprchového sedáku nebo sedačky do vany. V kuchyni je výhodou upravená kuchyňská linka s výsuvnými moduly pro zlehčení práce pacienta.

5.1 Nejdůležitější kompenzační pomůcky spinálních pacientů

- Ortopedický vozík



Obrázek 4 Mechanický vozík

- Antidekubitní sedací polštář
- V domácnosti

- Polohovací lůžko



Obrázek 5 Elektrické polohovací lůžko

- Pomůcky pro osobní hygienu (zvedák do vany, sprchové a vanové sedačky, nástavec na WC)



Obrázek 6 Vanová sedačka

- Pomůcky pro inkontinenci (plenkové kalhotky, urinální sběrné sáčky, podložky, jednorázové katétrý, buničitá vata)
- Ostatní (úprava automobilu na ruční řízení, schodišťová plošina, stropní zvedák, speciální komponenty osobního počítače)

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. FALTÝNKOVÁ, Zdeňka. *Vše okolo tetraplegie*. Praha: Česká asociace paraplegiků-CZEPA, 2012. 59 s.
2. FALTÝNKOVÁ, Zdeňka. *Paraplegie, tetraplegie*. 1. vydání. Praha: Svaz paraplegiků s finanční podporou Ministerstva zdravotnictví ČR. 56 s.
3. KŘÍŽ, Jiří, FALTÝNKOVÁ, Zdeňka. *Léčba a rehabilitace pacientů s míšní lézí: Příručka pro praktické lékaře*. Praha: Česká asociace paraplegiků-CZEPA, 2012. 15 s.
4. WENDSCHE, Peter a kol. *Poranění míchy: Ucelená ošetrovatelsko-rehabilitační péče*. 2. přepracované a rozšířené vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. 226 s. ISBN 978-80-7013-504-4.
5. Preventivní opatření. In: *Vozejkov: Komunitní portál nejen pro vozičkáře s poraněním páteře a míchy* [online]. Praha: Česká asociace paraplegiků-CZEPA, 2015 [cit. 2016-02-25]. Dostupné z: <http://www.vozejkov.cz/Articles/detail/preventivni-opatreni/>

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek z titulní strany

(Zdroj: http://is.muni.cz/elportal/estud/fsps/js08/prvni_pomoc/pages/06pater.html, 18.3.2016)

Obrázek 1

(Zdroj: <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/neurologie-nemoci-vysetreni/nemoci-a-poraneni-michy-priznaky-projevy-symptomy-lecba>, 18.3.2016)

Obrázek 2

(Zdroj: <http://braunoviny.bbraun.cz/actreenz-moderni-pomucky-pro-intermitentni-mocovou-katetrizaci>, 18.3.2016)

Obrázek 3

(Zdroj: <http://www.vozejkov.cz/Articles/detail/preventivni-opatreni/>, 18.3.2016)

Obrázek 4

(Zdroj: <http://www.kompenzacni-pomucky.cz/kategorie/mechanicke-voziky.aspx>, 18.3.2016)

Obrázek 5


(Zdroj: <http://www.resi.cz/index.php?item=bazar-cz>, 18.3.2016)

Obrázek 6

(Zdroj: <http://www.zpflorence.cz/kompenzacni-pomucky/pomucky-do-koupelny/165-sedacka-do-vany-zavesna-530-p.html>, 18.3.2016)

Příloha č. 5 Standard neurologické klasifikace poranění míchy (ASIA-SCORE)

Patient Name _____
 Examiner Name _____ Date/Time of Exam _____

ASIA AMERICAN SPINAL INJURY ASSOCIATION **STANDARD NEUROLOGICAL CLASSIFICATION OF SPINAL CORD INJURY** **ISC** 

MOTOR
KEY MUSCLES
(scoring on reverse side)

	R	L	
C5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elbow flexors
C6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wrist extensors
C7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elbow extensors
C8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Finger flexors (<i>distal phalanx of middle finger</i>)
T1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Finger abductors (<i>little finger</i>)

UPPER LIMB TOTAL (MAXIMUM) + =
 (28) (28) (56)

Comments:

L2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hip flexors
L3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Knee extensors
L4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ankle dorsiflexors
L5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Long toe extensors
S1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ankle plantar flexors

LOWER LIMB TOTAL (MAXIMUM) + =
 (28) (28) (56)

SENSORY
KEY SENSORY POINTS

	R	L	R	L
C2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S4-0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TOTALS (MAXIMUM) + =
 (56) (56) (56) (56)

Legend: 0 = absent, 1 = impaired, 2 = normal, NT = not testable

• Key Sensory Points

NEUROLOGICAL LEVEL: R L

COMPLETE OR INCOMPLETE? Examples - Any sensory or motor function in S4/S5

ASIA IMPAIRMENT SCALE:

ZONE OF PARTIAL PRESERVATION: Distal extent of partially preserved segments

SENSORY MOTOR: R L

(Zdroj: http://www.spinalcord.cz/_userfiles/dokumenty/doporucene-postupy/ruka.pdf, 15.3.2016)

Příloha č. 6 Funkční ruka



(Zdroj: http://www.spinalcord.cz/_userfiles/dokumenty/doporucene-postupy/ruka.pdf, 15.3.2016)

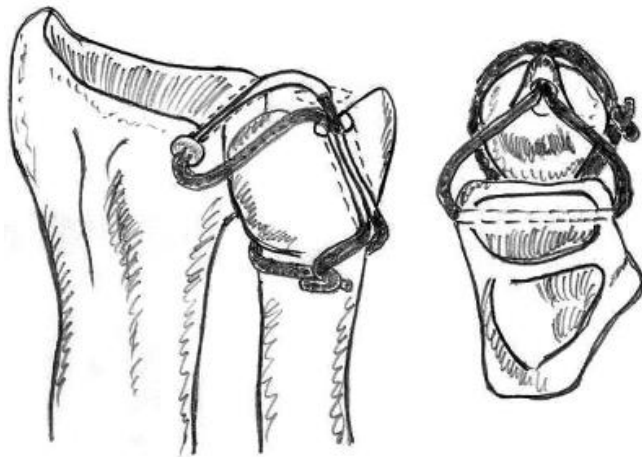
Příloha č. 7 Bryce- Ragnarssonova klasifikace bolesti po poranění míchy

Navržená klasifikace bolesti po poranění míchy podle IASP

Typ bolesti	Subtyp bolesti	Specifické struktury/patologie
Nociceptivní	Muskuloskeletární	Kostní, kloubní nebo svalové trauma nebo zánět
		Mechanická nestabilita
		Svalové spasmy
		Syndromy přetížení
Neuropatická	Viscerální	Nefrolitiáza, střevní dysfunkce, sfinkterová dysfunkce, atd.
		Bolesti hlavy z autonomní dysreflexie
	Nad úrovní léze	Kompresivní mononeuropatie
		Komplexní regionální bolestivý syndrom
V úrovni léze	Komprese nerového kořene (včetně kauda equina)	
	Syringomyelie	
	Míšní trauma nebo ischemie	
		Trauma míchy i kořene (syndrom dvojité léze)
	Pod úrovní léze	Míšní trauma nebo ischemie

(Zdroj: http://www.spinalcord.cz/_userfiles/dokumenty/doporucene-postupy/bolest.pdf, 15.3.2016)

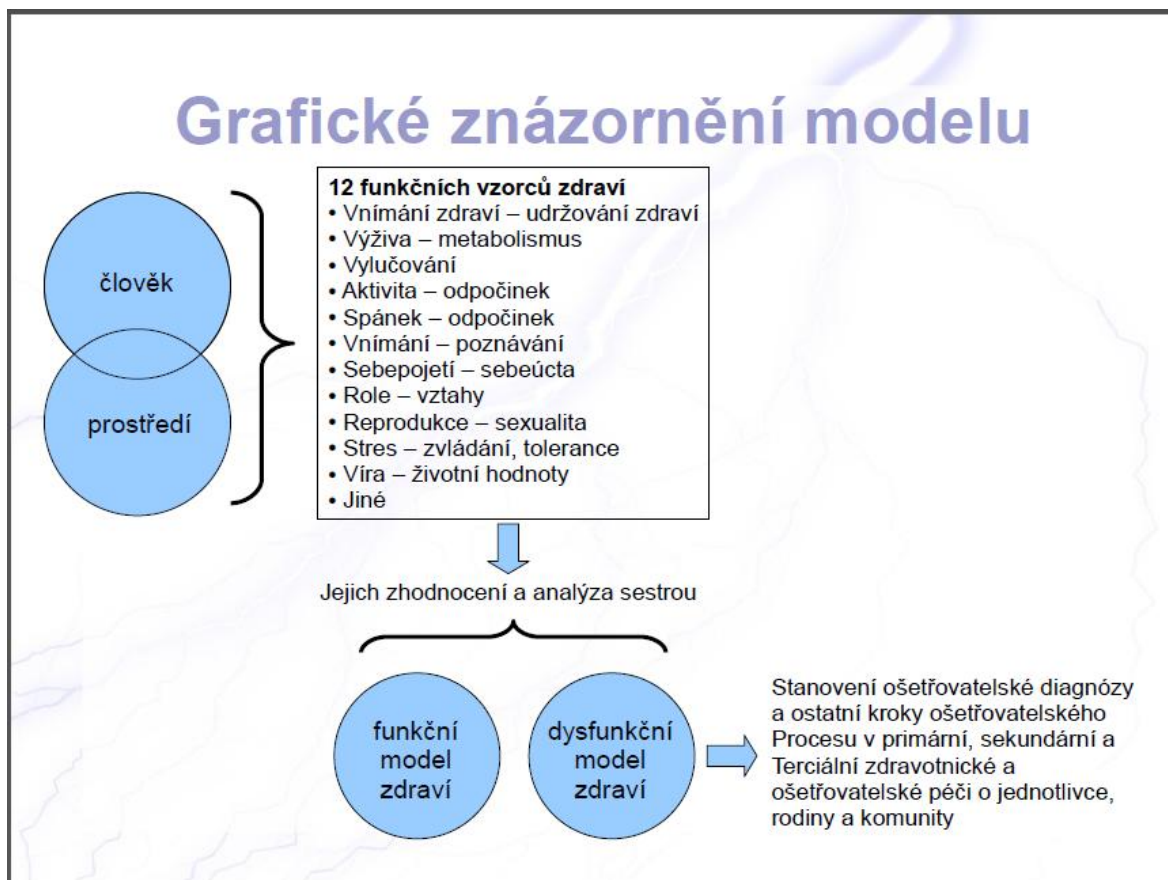
Příloha č. 8 Tenodéza



Tenodéza podle Schekera

(Zdroj: <http://www.achot.cz/detail.php?stat=240>, 15.3.2016)

Příloha č. 9 Grafické znázornění ošetrovatelského modelu 12 funkčních vzorců zdraví M. Gordon



(Zdroj: http://www.zshk.cz/files/KM_Gordon.pdf, 15.3.2016)

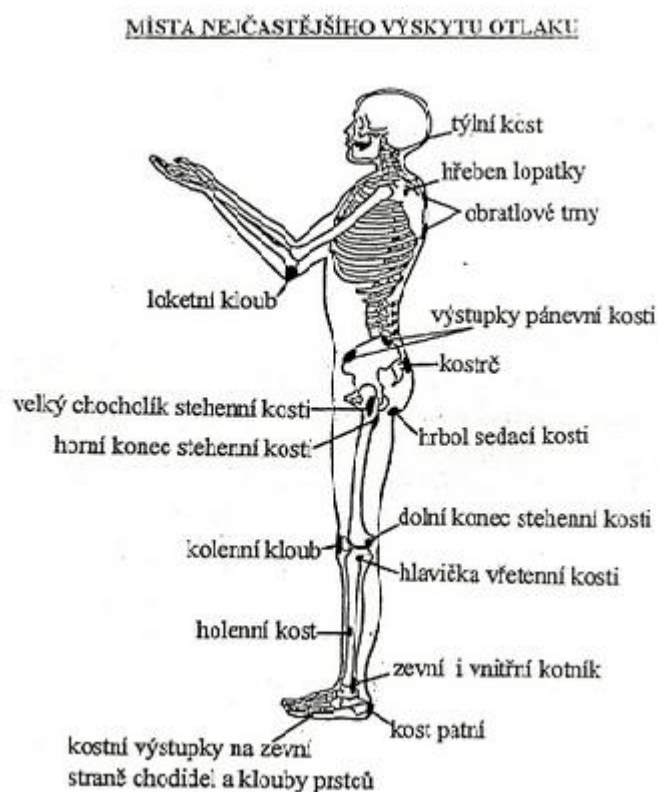
Příloha č. 10 Hodnocení rizika vzniku dekubitů-rozšířená stupnice Nortonové

Hodnocení rizika vzniku dekubitů – rozšířená stupnice Nortonové																	
Schopnost spolupráce	Věk		Stav pokožky		Další nemoci		Tělesný stav	Stav vědomí		Pohyblivost		Inkontinence		Aktivita			
Úplná	4	00-10	4	Normální	4	Žádné	4	Dobry	4	Dobry	4	Úplná	4	Není	4	Chodí	4
Malá	3	11-30	3	Alergie	3	Horečka Diabetes Anemie Karcinom	Podle závažnosti nemoci 3-1	Zhoršený	3	Apatický	3	Částečně omezená	3	Občas	3	Doprovod	3
Částečná	2	31-60	2	Vlhká	2	Kachexie Obezita On.cév A jiné		Špatný	2	Zmatený	2	Velmi omezená	2	Převážně močová	2	Sedačka	2
Žádná	1	nad 60	1	Suchá	1			Velmi špatný	1	Bezvědomí	1	žádná	1	Stolice i moč	1	Upoután na lůžko	1

Zvýšené nebezpečí vzniku dekubitu je u nemocného, který dosáhne méně než 25 bodů (čím méně bodů, tím vyšší riziko)

(Zdroj: <http://gebymaruska.blog.cz/0908/vyhodnoceni-rizika-vzniku-dekubitu-preventivni-opatreni-dle-stupne-rizika>, 15.3.2016)

Příloha č. 11 Predilekční místa vzniku dekubitů



(Zdroj: <http://www.vozejkov.cz/Articles/detail/preventivni-opatreni/>, 15.3.2016)